UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1975 – Thèse n° 110

Contribution à l'étude socio-psychologique d'une population gériatrique hospitalisée. Eventuelles solutions aux problèmes posés.

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le lundi 24 mars 1975

par Michel PINTURAULT
né le 5 septembre 1945 à Pessac (Gironde)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H. CHOUSSAT	Professeur	Président
M. J.J.DUBARRY	Professeur	Juges
M. P. GALLEY	Agrégé	
M Ph. CAVEL	Docteur en Médecine	
M. J.-Y. DARTENUC	Docteur en médecine	

Éditions Bergeret, 71, rue Leyteire – BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547314_0004

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1975 – Thèse n° 110

Contribution à l'étude socio-psychologique d'une population gériatrique hospitalisée. Eventuelles solutions aux problèmes posés.

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le lundi 24 mars 1975

par Michel PINTURAULT
né le 5 septembre 1945 à Pessac (Gironde)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H. CHOUSSAT	Professeur	Président
M. J.J.DUBARRY	Professeur	Juges
M. P. GALLEY	Agrégé	
M Ph. CAVEL	Docteur en Médecine	
M. J.-Y. DARTENUC	Docteur en médecine	

Éditions Bergeret, 71, rue Leyteire – BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En remerciement pour tout le courage qu'il lui a fallu et pour tous les sacrifices qu'elle a dû faire pour me conduire jusqu'ici. Avec ma très grande et très profonde affection.

A Martine, MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOS JUGES

Messieurs les Docteurs J.Y. DARTENUC et PH. CAVEL

Vous bénéficiez d'une grande expérience, et particulièrement de celle des problèmes des vieillards hospitalisés.
Aussi sommes-nous très honoré que vous ayez accepté de faire partie de ce jury et nous vous en remercions vivement.

Monsieur le Docteur P. GALLEY

Maître de Conférences agrégé de Médecine Interne
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez accueilli. Vous nous avez instruit et formé avec beaucoup de classe. Vous nous avez accordé votre confiance et aussi votre amitié, tout cela avec un immense talent et avec une exceptionnelle simplicité.

Pour tout ce que nous vous devons, Merci, du fond du cœur.

Monsieur le Professeur J.J. DUBARRY

Professeur d'Hydro-climatologie thérapeutique
et de Clinique des Maladies de l'appareil digestif
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
à l'Hôpital Saint-André
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes académiques
Cavaliere Ufficiale nell ordine al Merito della
Reppublica Italiana
Commandeur de l'Ordre du Mérite civil espagnol
Officier du Mérite social

En nous ouvrant les portes de votre service, vous nous avez permis de nous familiariser avec la sémiologie et la pathologie, bien avant que ne soit venu pour nous le temps des stages hospitaliers.

Nous avons pu ainsi acquérir, grâce à votre sens aigu de la pédagogie, à votre vaste savoir et à votre bienveillance, des méthodes d'analyse sémiologique rigoureuses, et de précieux réflexes dont nous mesurons aujourd'hui toute l'importance et toute la valeur, et dont nous resterons imprégnés.

Nous sommes profondément honoré que vous ayez bien voulu accepter, avec votre amabilité coutumière, de faire partie de ce jury, et nous vous prions de croire à notre très grande gratitude pour tout ce que vous nous avez apporté au cours de nos études médicales.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. CHOUSSAT

Professeur de Pathologie médicale
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes académiques
Médaille d'Honneur des Epidémies
Officier de l'Ordre national du Mérite

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, après nous avoir déjà fait celui de nous faire participer à votre immense savoir et à votre grande expérience , par un enseignement toujours dispensé avec une inlassable patience et une très grande classe.

Nous tenons à vous dire combien nous admirons aussi votre dévouement à la cause des gens âgés, ainsi que vos très grandes qualités de cœur.

Nous vous prions de croire à notre très profond respect.

CONTRIBUTION A L'ETUDE SOCIO - PSYCHOLOGIQUE D'UNE POPULATION GERIATRIQUE HOSPITALISEE

EVENTUELLES SOLUTIONS AUX PROBLEMES POSES

*

P R E A M B U L E

(THESE (du grec θεσις))

"Ensemble de propositions, point de doctrine, qu'un étudiant doit soutenir devant une Faculté, afin d'obtenir la licence ou le doctorat".

DARMESTETER

Dictionnaire général de la langue française
S.A. d'imprimerie de Villefranche de Rouergue

Nous en tenant à la définition du terme, nous avons effectué une étude qui nous a conduit à élaborer un certain nombre de propositions que nous tâcherons de soutenir devant la Faculté qui nous fera l'honneur de bien vouloir accepter de nous juger.

Le lecteur sera probablement surpris de ne trouver aucune bibliographie à la fin de cet ouvrage, et nous tenons à nous en expliquer ici : les quelques pages qui vont suivre, nous les avons écrites à la suite d'études que nous avons réalisées seul. Nous n'avons rien emprunté à personne, ce qui nous a paru la façon la plus honnête de réunir, en vue de les soutenir, un ensemble de propositions faisant l'objet d'une thèse.

Cette façon de procéder pourra paraître le fait d'une rare présomption ! Mais, après tout, serait-il bien logique d'emprunter aux autres ce qu'ils ont pu dire et d'en faire le sujet de sa propre thèse ?

Sont-ce finalement les autres, ou nous-mêmes, qui devons être jugés ?

Nous n'avons fait qu'une seule entorse à ce principe que nous nous étions d'emblée fixé : nous avons cité par trois fois notre ami CASTAING (thèse pour le doctorat en médecine, n° 289, 1974, Bordeaux).

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION 5

CHAPITRE I : QUI EST LE PENSIONNAIRE ? 7

1. Sexe 8
2. Age 8
3. Temps de présence à Haut-Lévêque 10
4. Origine sociale 12
5. Polypathologie 15
6. Aptitude au déplacement 17
7. Aptitude à l'expression verbale 25
8. Essai de synthèse des § 6 et 7 29
9. Validité manuelle. Ceux qu'il faut laver. Ceux qu'il faut faire manger 33
10. Conclusion. 36

Pages

CHAPITRE II : OU ET COMMENT VIT LE PENSIONNAIRE ? ... 38

1. Les locaux 40

2. Le personnel 43

3. Une journée standard 47

A- Dans les étages
B- Dans les rez-de chaussée.

4. Relations avec l'extérieur et entre eux 53

5. Les distractions 56

6. Conclusion. 59

CHAPITRE III : COMMENT S'ADAPTE LE PENSIONNAIRE ? ... 60

1. Les hommes et leur adaptation 62

2. Les femmes valides et leur adaptation 64

3. Les femmes invalides et leur adaptation 66

4. Conclusion. 67

CHAPITRE IV : QUELQUES PROPOSITIONS VISANT A AMELIORER LE SORT DES PENSIONNAIRES FEMMES 68

1. Une communauté autonome 69

2. La prise en charge affective 71

3. De la prise en charge affective à la stimulation 76

4. De la stimulation à l'animation. Notion de groupe 78

5. Conclusion. 81

CONCLUSIONS GENERALES 83

APPENDICE. 85

I N T R O D U C T I O N

La maison du Haut-Lévêque qui a ouvert ses portes le 8 mars 1966 est située dans un vaste parc boisé à Pessac, dans la banlieue bordelaise et est, en fait, *l'hôpital gériatrique* du C.H.R. de Bordeaux. C'est en son sein que nous avons réalisé toute l'étude qui va suivre.

Au point de vue architectural, nous trouvons un bloc central de 3 étages, comprenant les cuisines, des bureaux administratifs, deux salles de réunion, le service de radiologie, celui de radio-circulographie, de stomatologie, de kinésithérapie, d'O.R.L., etc...

De part et d'autre de ce bloc central, partent deux ailes comprenant un rez-de-chaussée et deux étages ; l'une des ailes est dite côté A, l'autre côté B, ce qui fait que l'on a six services qui sont :

Le rez-de-chaussée A (RcA)

Le rez-de-chaussée B (RcB)

Le premier étage A (A1)

Le premier étage B (B1)

Le deuxième étage A (A2)

Le deuxième étage B (B2)

C'est dans chacun de ces six services que se trouvent les sujets sur lesquels portent notre étude.

Le sujets qui se trouvent dans les 2 rez-de-chaussée sont censés (administrativement du moins) être valides, par

opposition à ceux des étages qui sont censés ne plus l'être.

Si,dans le service A1,on trouve surtout des lits de médecine interne et seulement quelques lits d'hospice, dans tous les autres services, se trouvent exclusivement des lits d'hospice.

Notre étude porte sur les lits d'hospice, à l'exclusion de ceux de médecine.

Notre idée première avait été de réaliser une étude sur la kinésithérapie en milieu gériatrique ; pour ce faire nous avions commencé à étudier le service de kinésithérapie et à voir les malades qui y étaient traités ; mais, peu à peu, à force de voir les malades, nous avons pris conscience de certains problèmes aigus qui se posent dans le centre, tant et si bien que nous avons abandonné notre orientation originelle pour réaliser une étude portant sur le problème général des personnes hospitalisés à Haut-Lévêque.

Nous avons ainsi étudié (ou tenté de le faire) le "profil" du pensionnaire du "Haut-Lévêque", puis, dans un deuxième temps, où et comment il vit. Ensuite, nous avons essayé de déterminer la façon dont ces personnes s'adaptent aux conditions de vie qui leur sont faites.

Devant les résultats obtenus, nous avons voulu essayer de proposer quelques solutions afin de tenter d'améliorer, autant que faire se peut, le sort des pensionnaires.

Nous tenons à préciser ici que nous avons employé indifféremment les termes de : pensionnaires, malades, sujets, vieillards, vieilles gens, vieilles femmes, etc... tous ne sont que des façons différentes de parler des mêmes personnes.

D'autre part, sauf mention spéciale, valide signifie : vivant dans l'un des rez-de-chaussée, invalide : vivant dans les étages.

Après ces remarques préliminaires, nous allons commencer notre étude proprement dite.

C H A P I T R E I

QUI EST LE PENSIONNAIRE ?

Notre étude porte sur 254 malades que nous avons recensés dans les dernières semaines de 1974.

Nous avons pensé que,pour situer *qui était le malade de Haut-Lévêque*, il fallait rechercher un certain nombre de critères. Nous avons retenu, de façon d'ailleurs arbitraire, donc contestable :

1. Le sexe
2. L'âge
3. Le temps de présence à Haut-Lévêque
4. L'origine sociale
5. La polypathologie
6. L'aptitude au déplacement
7. L'aptitude à l'expression verbale.

Puis nous avons tenté de réaliser une synthèse entre les deux derniers paragraphes, et nous avons enfin étudié : la validité manuelle, ceux qu'il faut laver, ceux qu'il faut faire manger.

1. *LE SEXE.*

Au jour de notre recensement, 179 femmes et 75 hommes étaient à Haut-Lévêque en service d'hospice.

2. *L'ÂGE.*

Au 31 décembre 1974, les 254 sujets avaient vécu, au total : 19 472 ans ! soit une moyenne d'âge de 76 ans et 8 mois.

La moyenne d'âge des hommes était de 71 ans et 10 mois.

La moyenne d'âge des femmes était de 78 ans et 8 mois.

Plus que les moyennes d'âge, certains chiffres sont évocateurs, nous les tirerons de la pyramide des âges (voir page11).

Ages extrêmes :

. Hommes 41 ans et 6 mois - 93 ans et 6 mois

. Femmes 40 ans et 3 mois - 102 ans et 4 mois.

Près de 10 % de cette population a moins de 60 ans.

Près de 25 % de cette population a moins de 70 ans.

Ce qui veut dire que plus de *3 sujets sur 4 ont dépassé 70 ans*.

Plus de 10 % ont dépassé 90 ans !

.7 pensionnaires avaient plus de 20 ans en ... 1900!!
.1 sujet sur 2 avait 19 ans ou plus en 1914 !

. Plus de 63 % sont nés au XIXème siècle !

. Près de 30 % avaient déjà 50 ans ou plus en 1939!

Par sexe :

. Plus de 50 % des femmes ont dépassé 80 ans
. Plus de 83 % des femmes ont dépassé 70 ans
. plus de 71 % sont nées avant 1900 !

Par contre :

. à peine plus de 25 % des hommes ont dépassé 80 ans
. moins de 58 % ont dépassé 70 ans
. moins de 42 % sont nés au XIXème siècle.

ECLATANTE SUPERIORITE FEMININE !

Cela démontre, en tout cas, qu'il y a beaucoup de femmes très âgées, plus du tiers ayant dépassé 85 ans !

Enfin, pour fixer définitivement les idées, disons que la moitié des pensionnaires a dépassé 79 ans !

C'est dire que nous avons affaire à de très vieilles gens, dont plus des deux tiers (70,6 %) sont des femmes.

3. DUREE D'HOSPITALISATION.

52	sont entrés en 1966, environ	20,50 %
25	sont entrés en 1967, environ	10,00 %
7	sont entrés en 1968, environ	2,75 %
14	sont entrés en 1969, environ	5,50 %
19	sont entrés en 1970, environ	7,50 %
11	sont entrés en 1971, environ	4,50 %
24	sont entrés en 1972, environ	9,50 %
42	sont entrés en 1973, environ	16,50 %
60	sont entrés en 1974, environ	23,25 %
254		100,00 %

Nous avons retenu les moyennes d'âge à l'entrée dans les services et les moyennes d'âge actuelles :

Date d'entrée	*Moyenne d'âge à l'entrée*	*Moyenne d'âge actuelle*
1966	64 ans et 8 mois	72 ans et 6 mois
1967	63 ans et 8 mois	70 ans et 8 mois
1968	74 ans et 5 mois	80 ans et 5 mois
1969	73 ans et 1 mois	78 ans et 1 mois
1970	71 ans et 8 mois	75 ans et 8 mois
1971	76 ans et 5 mois	79 ans et 5 mois
1972	72 ans et 9 mois	74 ans et 9 mois
1973	76 ans et 6 mois	77 ans et 6 mois
1974	82 ans	82 ans

Apparemment, ces chiffres sont paradoxaux puisqu'ils montrent que les plus anciens dans le service sont près de 10 ans plus jeunes que les nouveaux venus.

Mais cela s'explique simplement par le fait que, comme l'a très bien montré notre ami CASTAING dans sa thèse :

- Les deux premières années ont vu venir des sujets en provenance des anciens hospices bordelais. Ces sujets n'étaient pas forcément des gens âgés, mais plutôt des handicapés physiques ou psychiques de tous ordres ou d'anciens enfants de l'Assistance Publique.

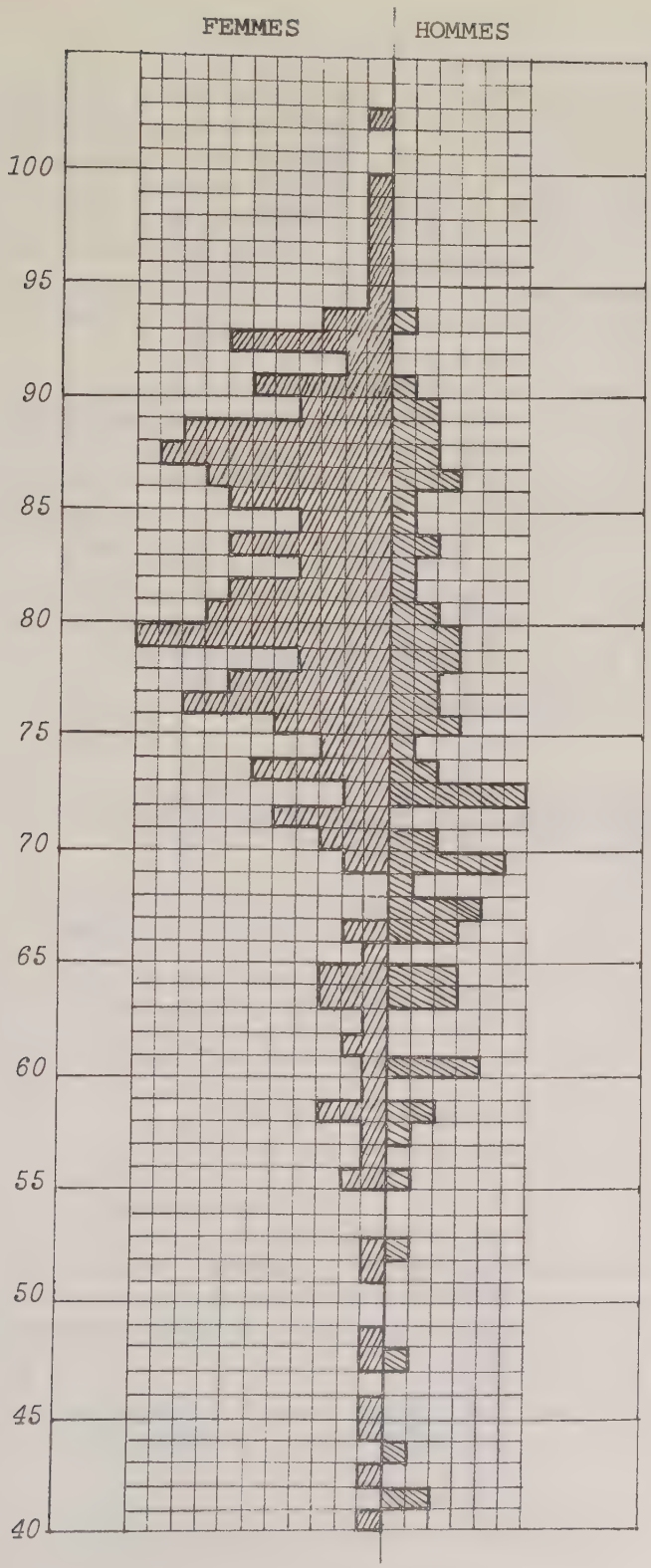

Tableau I

PYRAMIDE DES AGES

- A partir de 1968, la part du recrutement précédent a très rapidement diminué, tandis qu'augmentait très fortement la proportion des malades issus des services du C.H.R. de Bordeaux. Ces sujets sont des *gens âgés, malades, nécessitant une surveillance et des soins médicaux constants, tant et si bien qu'en fait de Maison de retraite, le Haut-Lévêque fonctionne, dans la réalité, comme un hôpital,* mais avec le statut administratif de "Maison de Retraite!".

Ce qui précède nous montre, en tout cas, que le recrutement de Haut-Lévêque s'est fait en deux temps bien distincts parmi deux populations très différentes quant à leurs problèmes, leur état de santé, leurs origines et leur âge, ce qui explique le paradoxe qui fait que les plus anciens malades sont aussi les plus jeunes.

Quoi qu'il en soit, 46 sujets sont à Haut-Lévêque depuis le 1er mois de sa création. Entrés entre le 8.3.1966 et le 7.4.1966, ils représentent environ 18 % de la population.

Plus de 30 % des pensionnaires ont dépassé les sept ans de "Maison".

50 % ou presque, ont un séjour moyen de moins de deux ans et demi, et près du quart est présent depuis moins de un an.

Il apparaît de plus que notre Centre recèle deux populations différentes :

- "les jeunes" qui sont aussi les anciens dans le service, et qui sont entrés en 1966 et 1967,
- "les vieux" qui sont entrés par la suite.

4. QUI ETAIENT-ILS ?

L'origine sociale de nos pensionnaires est importante à connaître, car elle est souvent le reflet du niveau intellectuel atteint ; et qui pourrait prétendre qu'un intellect plus développé n'aide pas à vieillir mieux ?

S'il existait des sceptiques, nous allons essayer de les convaincre.

Nous avons éliminé, dans ce paragraphe, tous les sujets qui sont des pensionnaires de toujours des hospices, et qui ne sont que des handicapés ayant vieilli, et non pas des sujets normaux devenus âgés et plus ou moins handicapés.

Nous avons, en outre, éliminé certains sujets dont nous n'avons pu retrouver la profession, ni sur les observations, ni sur les dossiers administratifs... ni, bien entendu, en le leur demandant !

Il nous reste donc 67 hommes :

. 58, soit 86,5 % étaient manoeuvres, ou de profession assimilable. Le détail serait fastidieux, disons simplement que nous avons classé dans cette catégorie des métiers tels que :

- ouvriers : agricoles, du bâtiment, d'usine...
- un brocanteur, un docker, un gardien de phare, un forain, un garçon de cuisine, etc...

. 8, soit 12 % avaient une activité plus évoluée :

- un négociant en champagne
- un entrepreneur de maçonnerie
- trois représentants de commerce
- un patron boucher
- un contrôleur S.N.C.F.
- un patron charpentier.

. 1, soit 1,5 % était ingénieur des Arts et Métiers, victime d'un accident durant la guerre en 1945, il est aveugle, sans aucune famille et vit depuis dans les hospices.

Parmi ces neuf derniers sujets, huit ont un psychisme leur permettant d'avoir une conversation normale et soutenue.

En fonction des critères précités, nous avons recensé 147 femmes ayant exercé une profession (ou ayant tenu un certain rang social) :

. 128, soit 85,7 % avaient des métiers très humbles, dont

- vingt sept étaient femmes de ménage ou domestiques
- vingt cinq étaient ouvrières couturières.

On trouve ensuite des ouvrières diverses (usine, agriculture), des vendeuses, une garde d'enfants, une serveuse, une marchande des 4 saisons, etc...

. 21, soit 14,3 % avaient des métiers *(ou une situation sociale)* plus élevés :

- une directrice d'école
- une châtelaine
- une propriétaire d'usine
- une fille de propriétaire d'un grand magasin
- une fille de médecin
- une couturière à son compte
- une propriétaire terrienne
- une institutrice
- trois propriétaires d'hôtel-restaurant
- un comptable
- une épouse d'écrivain (espagnol)
- une fondé de pouvoir
- deux pianistes
- un professeur d'enseignement technique
- une propriétaire d'entreprise de transports
- une commerçante
- une dactylo-facturière
- une infirmière D.E.

Parmi ces 21 sujets :

. deux souffrent d'une détérioration mentale complète
. deux ont quelques troubles psychiques de type idées fixes, bien qu'elles puissent avoir une conversation à peu près normale
. les dix-sept autres tiennent aisément une conversation (dont la doyenne âgée de 102 ans et 4 mois).

Au total, 30 sujets avaient un métier ou une position sociale moyenne ou quelquefois élevée, sur les 214 que nous avons retenus dans ce paragraphe.

Ces 30 sujets *ont une moyenne d'âge très supérieure à l'ensemble de la population du centre.*

En effet :

. les 21 femmes dépassent la moyenne d'âge de 89 ans !
. les 9 hommes frôlent les 78 ans.

Nous nous sommes alors demandé si les sujets éliminés dans ce paragraphe n'étaient pas la cause de ce phénomène ; aussi avons-nous de nouveau calculé la moyenne d'âge des 147 femmes et des 67 hommes retenus :

- les 147 femmes de profession connue ont 80 ans et 6 mois de moyenne d'âge
- les 67 hommes de profession connue ont 73 ans de moyenne d'âge.

Les femmes de niveau social plus élevé ont donc, en moyenne, 8 ans et demi de plus que celles de niveau plus humble.

Les hommes de niveau social plus élevé ont, en moyenne, 5 ans de plus.

Nous nous garderons de tirer des conclusions trop définitives, mais nous relevons le fait, et pensons que ces sujets à l'intellect plus évolué ont pu vivre plus longtemps sans aide que ceux à l'intellect plus faible.

Ce qui nous intéresse ici étant surtout de mettre en évidence que, sur 214 sujets que nous avons pu explorer, quant à leur passé social, 30 seulement avaient un niveau social plus ou moins élevé, les 184 autres, soit 86 %, étant de *très humble origine.*

5. LA POLYPATHOLOGIE.

Nous ne reprendrons pas l'étude faite par notre ami CASTAING, au sujet de la polypathologie de ces vieilles gens ; elle est suffisamment éloquente, puisque sur 692 malades ayant séjourné à Haut-Lévêque, il dénombre 1 245 affections majeures, soit près de deux affections par malade !

Mais il nous paraît nécessaire de préciser certains points :

- cette polypathologie est inégalement répartie, certains sujets sont effectivement des retraités à peu près indemnes, d'autres sont accables par trois quatre (voire plus) pathologies majeures différentes.

Nous ne citerons que deux exemples :

- fracture du col de fémur - maladie de Parkinson - ostéoporose - arthrose cervicale - infection urinaire - insuffisance mitrale - insuffisance rénale - anémie hypochrome.

De plus : syndrome dépressif !

- cervicarthrose - insuffisance rénale - fracture du col du fémur - fibrilation auriculaire avec bloc de branche gauche - goutte - lithiase urinaire.

Avec sénilité !

. Cette polypathologie est encore majorée par toute une pathologie annexe, mais pourtant importante :

- ce cor au pied, cette surdité qui s'aggrave, cette vue qui baisse, ces dents qui disparaissent, ces douleurs "un peu partout", cet ongle qui s'incarne, cette main qui devient malhabile, ce doigt qui se déforme, cette souplesse qui disparaît, cette mémoire que l'on perd, etc...

A côté des affections majeures, existe ainsi une foule de ce que nous nommerons "de petites misères physiques" en ne nous cachant pas toute l'hypocrisie de l'expression.

Mais, il existe surtout une maladie bien plus terrible que toutes, et qui est à notre humble avis une étiologie commune à bien des pathologies. Cette affection a plusieurs faces, divers visages, plusieurs modes d'agressions ; souvent très sournoise, d'emblée chronique, insidieuse, d'autres fois suraiguë, elle hante les couloirs, les chambres, elle est partout.

Quel est donc ce mal mystérieux ? Il s'appelle :

. Ennui
. Inutilité
. Manque d'affection
. Inactivité
. Solitude.

Il s'empare de tout individu et le ronge, telle une lèpre, tout comme le ver ronge le chêne, jusqu'au jour où une rafale ou parfois même un simple coup de vent l'abat.

La rafale, cela peut être ce col du fémur (lui aussi "vermoulu") qui se brise. Cela peut être d'apprendre la mort du seul ami ou du seul parent qui vous restait. Cela peut être une maladie aiguë contre laquelle on n'a plus la force de lutter.

Le coup de vent, ce peut être un beau jour, la perte du dernier courage, la perte du dernier désir de vivre.

Alors, le vieillard s'installe sans son ultime refuge, dans son ultime possession, dans son ultime domaine : son lit. Et si, parfois, un sursaut d'énergie ré-invente le monde, si donc parfois il ressurgit et "revit", souvent, il ne se relèvera plus de lui-même et sombrera dans la fin d'une vie dont il n'a même plus conscience.

6. L'APTITUDE AU DEPLACEMENT.

a) *Quelques remarques.*

Le concept de déplacement doit être ré-évalué en raison du contexte dans lequel vivent nos pensionnaires ; en effet :

. un sujet de 70 ans, amputé au tiers supérieur des deux cuisses, est un invalide dans la vie courante, alors que, dans le cadre du Centre, certains d'entre eux arrivent à accomplir toutes les activités de la vie de tous les jours. Ils savent s'habiller, gagner eux-mêmes, à la force du poignet, c'est bien le cas de le dire, leur fauteuil roulant, se déplacer, appeler l'ascenseur, etc... De ce fait, il faut différencier deux concepts : la capacité de *marcher*, et la capacité de se *déplacer*.

. de plus, si dans la vie habituelle, le fauteuil roulant est un gros handicap, il est aussi associé à la notion d'infirmité, et représente, pour le sujet, une *infériorité* par rapport à ses semblables.

A Haut-Lévêque, au contraire, ce sentiment d'infériorité n'existe plus, ne serait-ce que par le fait qu'un tel sujet n'est pas isolé au milieu d'une foule de gens autonomes, mais bien mieux, *il n'est pas des plus défavorisés*, d'autres étant définitivement dans un lit !

. enfin, il faut aussi penser qu'aptitude à se déplacer n'est pas synonyme d'intégrité. Certes, ce qui précède en témoigne, mais, sans atteindre ces extrêmes, bien des sujets se déplacent avec des chevilles, des genoux, des

hanches, des muscles de 80, 90 ans et plus ! Aussi, plus d'un, quoique marchant sur ses deux jambes, avance à petits pas mesurés, et à l'aide d'une canne.

b) *Capacité de marche.*

Nous avons réparti les capacités de marche de nos malades en quatre catégories différentes :

. *Catégorie 1* - Marche normale ou handicap minime.

Ces sujets présentent une légère boiterie, un essoufflement un peu rapide, etc... mais ne sont pas gênés de façon notable dans leur aptitude à la marche.

. *Catégorie 2* - Marche difficile.

Nous avons classé dans cette rubrique, les sujets qui, quoique gênés de façon certaine dans leurs déplacements (boiterie importante, démarche "en fauchant", marche à petits pas hésitants, canne tripode, deux cannes, etc...) sont néanmoins capables de marcher seuls et sans l'aide d'un appui fixe.

. *Catégorie 3* - Marche inefficace.

Ces sujets sont ceux qui parviennent à quitter leur lit, et, en s'y cramponnant, gagnent péniblement leur fauteuil. Mais ils sont incapables, en fait, de marcher seuls.

. *Catégorie 4* - Marche nulle.

Ces sujets ne sont plus capables, en aucune manière, de tenir debout (sans qu'il y ait toujours une cause organique bien précise).

Ce qui donne les résultats suivants :

CAPACITE DE MARCHE

(en nombre d'individus)

TABLEAU II

Catégorie	*1*	*2*	*3*	*4*	*Total*
Hommes	37	22	5	11	75
Femmes	64	33	28	54	179
Total	101	55	33	65	254

CAPACITE DE MARCHE

(en %)

TABLEAU III

Catégorie	*1*	*2*	*3*	*4*	*Total*
Hommes	49,3	29,4	6,7	14,6	100
Femmes	35,8	18,4	15,6	30,2	100
Hommes et Femmes	39,9	21,5	13,0	25,6	100

Remarquons que 45,80 % des femmes ne peuvent pas marcher ou bien sont tout au plus capables de s'accrocher au bord du lit pour gagner péniblement le fauteuil (catégories 3 + 4) alors que 21,30 % seulement des hommes sont dans un état semblable.

Apparemment, cela fait une grande différence, mais ces chiffres doivent être tempérés par le fait que seuls 26 hommes se trouvent en service à recrutement administratif "d'invalides", et 118 femmes dans les services à même recrutement.

De ce fait, à recrutement égal, les pourcentages deviennent beaucoup plus similaires, puisque 58 % des hommes et 67,50 % des femmes appartiennent aux catégories 3 et 4 réunies.

Il nous faut signaler que nous avons intégré dans la petite étude qui précède, 19 amputés. Leurs cas sont réunis dans le tableau suivant qui tient compte :

. du sexe,
. du niveau d'amputation (au-dessus ou au-dessous du genou),
. et de l'uni ou bi-latéralité.

TABLEAU IV

		Hommes	*Femmes*
Amputation bilatérale	Sup. genoux	3	1
	Inf. genoux	1	1
Amputation unilatérale	Sup. genou	3	6
	Inf. genou	3	1

Parmi les hommes :

. deux amputés unilatéraux sous le genou, appareillés, marchent (catégorie 2)
. un amputé unilatéral au-dessus du genou, appareillé, marche (catégorie 2)
. un amputé unilatéral au-dessus du genou, appareillé très récemment, marche (catégorie 3 et espoir sérieux de passer à la catégorie 2)
. un amputé bilatéral sous les genoux, appareillé, marche (catégorie 2)
. les cinq autres sont inappareillables ou intolérants aux appareillages.

Parmi les femmes :

- une amputée unilatérale sous le genou, appareillée, est classée catégorie 3, avec espoir sérieux de passer à la catégorie 2
- une amputée unilatérale au-dessus du genou, appareillée, est classée catégorie 3 avec un espoir réduit de passer à la catégorie 2
- enfin, une amputée unilatérale au-dessus de genou, non appareillée, est classée à la catégorie 2, grâce à l'usage d'une canne tripode.
- les six autres sont inappareillables ou intolérantes aux prothèses.

Tous ces sujets, du fait qu'ils peuvent ou non *marcher*, ont été répertoriés d'emblée dans les tableaux concernant l'aptitude à la marche qui précèdent.

Nous avons tenté d'évaluer les capacités de marche en fonction des tranches d'âge. Nous avons pour ce faire calculé la somme des sujets classés 3 et 4 et comparé cette somme au total des individus de chaque catégorie d'âge. Nos résultats s'expriment donc par le rapport suivant :

$$\frac{\text{catégorie (3+4)}}{\text{catégorie (1+2+3+4)}}$$

Nous avons obtenu :

TABLEAU V

Catégories d'âge (en années)	*< 60*	*60 à 70*	*70 à 80*	*80 à 90*	*> 90*
Hommes	33,3	21,7	20,8	17,6	0
Femmes	37,5	26,6	50,9	44,1	56
Hommes et Femmes	36	23,7	41,8	38,8	51,8

Plus les hommes sont âgés et mieux ils marchent ! Par contre, chez les femmes, il existe une nette "cassure" à partir de 70 ans, puis le rapport se stabilise aux alentours de 50 %.

L'âge ne semble donc pas être toujours un facteur déterminant majeur de la capacité de marcher, surtout chez nos hommes, encore faut il tenir compte du fait que le recrutement n'est pas homogène.

c) Capacité réelle de déplacement (C.R.D.) : les fauteuils roulants.

En ce qui concerne les fauteuils roulants, trente deux malades en disposent : 18 hommes et 14 femmes.

Il est très important de noter que, grâce à ces fauteuils, certains sujets ont retrouvé une autonomie de déplacement, alors qu'ils seraient au lit, ou tout au plus immobilisés dans un fauteuil simple.

Toutefois, posséder un fauteuil roulant et l'utiliser sont deux choses différentes. En effet :

. sur les 18 hommes, 13 seulement l'utilisent de façon à peu près active et régulière

. sur les 14 femmes, 6 seulement l'utilisent de façon similaire.

Compte tenu de ce qui précède, nous avons cru logique de reclasser les sujets en fonction des capacités de déplacement que leur procure leur fauteuil roulant.

Ainsi :

. sur les 13 hommes utilisant leur fauteuil roulant régulièrement :

- 7 étaient classés catégorie 4, et nous les considérerons comme étant assimilables à la catégorie 2
- 3 étaient classés catégorie 3, et passent à la catégorie 2
- 3 étaient déjà classés catégorie 2, leur fauteuil représentant un certain "luxe", ils resteront classés dans cette catégorie 2, évidemment.

. sur les 6 femmes :

- 3 étaient classées catégorie 4, et seront assimilées à la catégorie 2
- 1 était classée catégorie 3, et sera assimilée à la catégorie 2
- 2 étaient classées catégorie 2, et le resteront.

D'où les tableaux de capacité *réelle* de déplacement :

EN NOMBRE D'INDIVIDUS

TABLEAU VI

C.R.D.	*1*	*2*	*3*	*4*	*Total*
Hommes	37	32	2	4	75
Femmes	64	37	27	51	179
Total	101	69	29	55	254

EN POURCENTAGES

TABLEAU VII

C.R.D.	*1*	*2*	*3*	*4*	*Total*
Hommes	49,3	42,6	2,7	5,4	100%
Femmes	35,8	20,6	15,1	28,5	100%
Hommes et Femmes	39,9	27,2	11,4	21,5	100%

Tous recrutements confondus (valides et invalides), et quel que soit le moyen utilisé (jambes ou fauteuil) :

- 6 hommes sur 75 ne peuvent se déplacer seuls, soit 8 %
- 78 femmes sur 179 ne peuvent se déplacer seules, soit 43,6 %.

Notons que trois hommes et deux femmes classés catégorie 2 se déplacent soit avec leur fauteuil roulant, soit avec leurs jambes, encore que, pour l'un d'entre eux, ces jambes soient toute deux ... de bois !

Si l'on se reporte, comme nous l'avons fait en parlant des capacités de marche, aux pourcentages de ceux qui ne peuvent se déplacer par rapport au recrutement administratif d'invalides, on constate que :

- seulement 6 hommes sur 26, soit 23,1 % n'ont aucune autonomie efficace,
- alors que 78 femmes sur 118, soit 66,1 % en sont au même stade.

Cette fois, la différence est énorme entre les femmes et les hommes, mais elle correspond bien à l'impression générale que nous avons souvent eue durant nos stages hospitaliers, à savoir que l'homme même âgé, même malade, tolère très mal de rester cloué au lit. La femme âgée, au contraire, en fait son refuge, et nous reverrons, plus tard, toute l'importance de ce problème.

Nous précisons qu'au cours de notre enquête, la capacité d'autonomie a pu varier, tel sujet étant provisoirement au lit pour cause de maladie aiguë.

Nous n'avons pas tenu compte de cette variation momentanée, et nous n'avons pris pour bon que l'état d'autonomie précédant la maladie. Cela nous a paru logique, dans la mesure où il aurait été exagéré de classer un sujet comme grabataire parce que, par exemple, un bronchite aiguë l'avait cloué quelques jours au lit.

7 . APTITUDE A L'EXPRESSION VERBALE COHERENTE (A.E.V.C).

Les critères utilisés sont simples, nous avons classé les sujets en trois catégories différentes, notées 1 ou 2 ou 3.

Sont classés catégorie 1 :

Les sujets capables de tenir des propos cohérents, de répondre de façon claire à des questions simples, concernant le temps qu'il fait, la qualité des repas, le métier qu'ils pratiquaient, leur vie à Haut-Lévêque, etc... Ces sujets sont *apparemment lucides*.

Sont classés catégorie 3 :

Les sujets avec lesquels aucun contact cohérent n'a pu être établi. Ces sujets sont *apparemment absents*.

Sont classés catégorie 2 ... les autres !!!

Ces sujets réagissent quand on leur parle, ils répondent au bonjour qu'on leur souhaite, avec un "ça va" ou "ça ne va pas" quand on leur demande : "comment allez-vous ?". Mais, ils sont confus, se contredisent, se répètent, hésitent, ils répondent à côté des questions, suivent leur idée ... bref, il n'est pas possible de converser normalement et de façon soutenue avec eux, bien que le "contact" existe.

Ces sujets sont *apparemment confus*.

Pour arriver à ce classement, nous avons procédé de la façon suivante : nous avons noté notre impression quand nous passions dans les chambres. Etant passé plusieurs fois auprès de chaque sujet, nous l'avons systématiquement noté, sans avoir sous les yeux la notation antérieure. Nous avons ainsi recueilli une à sept notes suivant que nous avons dû (et pu, car certains sont morts entre temps) voir plus ou moins souvent les sujets.

Dans 38 cas seulement, toutes nos notes ne se retrouvaient pas identiques :

. 27 fois, il n'y avait qu'une notation discordante, nous avons tranché en faveur des autres,

. dans les 11 cas restant, plus d'une notation était discordante :

- 5 ont pu être répartis en fonction du plus grand nombre de notations dans un sens ou dans l'autre,
- les 6 autres nous ont davantage laissé perplexe ; en effet : il y avait autant de notations d'un chiffre que de l'autre. Nous avons résolu de retourner voir une dernière fois ces malades, et nous n'avons tenu compte que de l'impression que nous apportait ce dernier contact.

Nous voulons ajouter que :

. nous n'avons eu que 4 fois des notations passant directement de 1 à 3 ou inversement. Il s'agissait deux fois de sujets qui,notés 1, sont passés à la note 3 et sont morts.

Une fois, un sujet classé 1 habituellement, est passé à la note 3 pour cause de maladie aiguë, puis est revenu à la note 1.

Une autre fois, un sujet a eu une notation similaire à celle du sujet précédent ; mais comme, renseignements pris, il n'était pas malade, nous présumons qu'il devait être somnolent lors de notre passage (mais, ce n'est qu'une présomption)

. qu'il y ait eu 38 fois des variations dans les cotations nous paraît en rapport avec le fait que, chez ces vieilles personnes, il n'est pas rare de voir changer sans raison apparente bien évidente, l'état de conscience ; tel sujet confus aujourd'hui se montrera très lucide demain et inversement.

. dans l'explication des trois niveaux de notation, nous avons souligné : *apparemment lucide*, *apparemment confus*, *apparement absent*. C'est dans le dessein de bien rappeler que nous n'avons jamais utilisé de critères précis. Nous passions auprès des malades, nous discutions avec eux, nous inquiétant de leur santé, du temps, de la nourriture, de ce qu'ils faisaient, de ce qu'ils aimeraient

faire, de la gentillesse du personnel, de la santé de leur voisin, de leur vie passée, de leur métier, de leur mariage, etc... Aussi ne nous cachons-nous pas que notre cotation n'a rien d'absolu. Mais par contre, nous croyons pouvoir affirmer que nous sommes proches de la réalité, et c'est à notre sens l'essentiel, dans la mesure où notre étude a un caractère général. Nous ne prétendons nullement avoir réalisé une enquête psychologique serrée, ni avoir évalué les capacités d'intelligence. Tout au plus avons-nous répertorié :

- ceux avec lesquels il est possible d'avoir une conversation cohérente sur des sujets ne nécessitant aucune capacité intellectuelle autre que la possibilité d'aligner quelques mots de façon normale, et de le faire dans le cadre d'une conversation suivie, aussi banale soit-elle.
- ceux avec lesquels aucune relation verbale cohérente n'est possible, leur raison les ayant manifestement abandonnés.
- ceux enfin qui ont conservé une certaine possibilité de "contact" mais qui ne sont plus capables d'un raisonnement suivi.

Voici nos résultats :

APTITUDE A L'EXPRESSION VERBALE
(en nombre d'individus)

TABLEAU VIII

A.E.V.C.	*1*	*2*	*3*	*Total*
Hommes	48	21	6	75
Femmes	106	37	36	179
Total	154	58	42	254

APTITUDE A L'EXPRESSION VERBALE
(en pourcentage)

TABLEAU IX

A.E.V.C.	*1*	*2*	*3*	*Total*
Hommes	64,0	28,0	8,0	100
Femmes	59,3	20,6	20,1	100
Hommes et Femmes	60,6	22,8	16,6	100

- *Remarque.*

Nous tenons à préciser que :

. 2 sujets ont été classés 1 car, s'ils s'expriment difficilement, leur idéation est restée normale (ce sont 2 hommes).

. 3 sujets totalement sourds répondent très bien aux questions écrites. Ils ont également été classés catégorie 1 (ce sont deux hommes et une femme).

Dans le cadre de ce paragraphe, nous avons voulu, comme nous l'avons fait dans le paragraphe précédent en ce qui concernait la marche, comparer l'A.E.V.C. avec l'âge.

Pour ce faire, nous avons calculé le rapport : $\frac{\text{AEVC (2+3)}}{\text{AEVC (1+2+3)}}$ et ceci, bien sûr, par tranche d'âge.

Nous avons obtenu :

TABLEAU X

Catégories d'âge (en années)	*< 60*	*60 à 70*	*70 à 80*	*80 à 90*	*> 90*
Hommes	44,4	30,4	37,5	35,3	50 *
Femmes	50	40	34,5	39,7	52
Hommes et Femmes	48	34,2	35,4	37,7	51,8

* *Ce chiffre qui porte sur 2 sujets seulement, est, évidemment, peu significatif.*

Manifestement ces chiffres sont "anormaux". Mais cela s'explique par le fait que les sujets qui sont des débiles "de toujours" sont parmi les plus jeunes de nos pensionnaires. Aussi, paradoxalement, les femmes de moins de 60 ans présentent des structures mentales presque aussi détériorées que celles qui ont plus de 90 ans ! De plus, rappelons que les populations ne sont pas homogènes.

8. ESSAI DE SYNTHESE ENTRE L'APTITUDE AU DEPLACEMENT ET L'APTITUDE A L'EXPRESSION VERBALE.

Nous avons réuni, pour chaque sujet, le chiffre afférent à la capacité réelle de déplacement (soit : 1-2-3 ou 4), d'après les résultats des tableaux VI et VII et le chiffre afférent à l'aptitude à l'expression verbale cohérente, d'après les résultats des tableaux VIII et IX.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

TABLEAU XI

HOMMES (en nombre d'individus)				
A.E.V.C. C.R.D.	*1*	*2*	*3*	*Total*
1	24	11	2	37
2	22	9	1	32
3	1	0	1	2
4	1	1	2	4
Total	48	21	6	75

TABLEAU XII

FEMMES
(en nombre d'individus)

A.E.V.C. C.R.D.	1	2	3	Total
1	46	9	9	64
2	28	6	3	37
3	20	6	1	27
4	12	16	23	51
TOTAL	106	37	36	179

TABLEAU XIII

HOMMES
*(en pourcentages)**

A.E.V.C. C.R.D.	1	2	3	Total
1	32	14,7	2,6	49,3
2	29,3	12	1,3	42,6
3	1,3	0	1,3	2,6
4	1,3	1,3	2,6	5,2
Total	63,9	28,0	7,8	99,7 / 99,7

* *Les résultats inscrits dans les colonnes "total" ne correspondent pas toujours exactement à ceux des tableaux VI, VII, VIII et IX ; de plus les totaux généraux ne sont jamais égaux à 100 %.*
Cela s'explique simplement par le fait que nos calculs ne sont qu'approchés (au 1/10è près), aussi les erreurs relatives, dispersées au hasard, se sont parfois additionnées, parfois retranchées, parfois annulées.

TABLEAU XIV

FEMMES
*(en pourcentages)**

A.E.V.C. C.R.D.	*1*	*2*	*3*	*Total*
1	25,6	5,0	5,0	35,6
2	15,6	3,3	1,7	20,6
3	11,2	3,3	0,6	15,1
4	6,7	9,0	12,8	28,5
Total	59,1	20,6	20,1	99,8 / 99,8

* *Voir note de la page précédente*

Ces résultats appellent quelques commentaires :

- tout d'abord, aucun homme n'entre dans la catégorie aptitude au déplacement 3 avec aptitude à l'expression verbale 2,
- ensuite il serait prétentieux de notre part d'affirmer que tous les sujets se trouvent bien *exactement* dans la case qui leur convient. Nous avons pu, et nous nous sommes probablement, parfois trompé,
- par contre, ce qui est exact, c'est l'ordre de grandeur, et c'est surtout cela qui compte (nous avons déjà précisé notre pensée sur ce point),
- une autre personne que nous, n'aurait sûrement pas trouvé exactement les mêmes chiffres que nous dans les mêmes cases, mais les proportions auraient-elles été très différentes ? Que l'on veuille bien nous permettre d'en douter.
- enfin, la distribution des hommes est très nettement différente de celles des femmes ; en effet :
  - 88 % des hommes entrent dans les catégories 1-1 , 1-2 , 2-1 , 2-2
  - 80,9 % des femmes entrent dans les catégories 1-1 , 2-1 , 3-1 , 4-1 , 4-2 , 4-3 . Nous avons délimité et hachuré ces zones afin de mieux les faire ressortir.

Cela dit, il nous semble logique de diviser ces tableaux en quatre zones, en tenant compte du fait que l'on peut voir les choses de la façon suivante :

. tous les sujets aux capacités d'expression verbale notés 1, ont, pour parler simplement, "leurs idées"

. tous les sujets notés 2 ou 3 n'ont plus véritablement leurs idées

. tous les sujets à fonction motrice 1 ou 2 se déplacent, tant bien que mal pour certains, ainsi que nous l'avons vu, mais se déplacent néanmoins

. tous les sujets à fonction motrice 3 ou 4 sont, en pratique, cloués au lit, ou au fauteuil, que les moins défavorisés gagnent à grand peine.

Pour simplifier, nous dirons que les premiers sont "cohérents", les seconds sont "incohérents", les troisièmes sont "valides" et les derniers "invalides" (cette fois au sens d'aptitude au déplacement et non plus au sens administratif).

Nous trouvons ainsi que :

. 46 hommes et 74 femmes sont "valides" et "cohérents"
. 2 hommes et 32 femmes son. "invalides" mais "cohérents"
. 23 hommes et 27 femmes sont "valides" mais "incohérents"
. 4 hommes et 46 femmes sont "invalides" et "incohérents"

soit :

. 120 sujets "valides" et "cohérents"
. 50 sujets "valides" mais "incohérents"
. 34 sujets "invalides" mais "cohérents"
. 50 sujets "invalides" et "incohérents"

En proportion et par sexe, cela donne :

HOMMES

61,3 % "valides" et "cohérents"
30,6 % "valides" mais "incohérents"
2,7 % "invalides" mais "cohérents"
5,4 % "invalides" et "incohérents"

FEMMES

41,3 % "valides" et "cohérentes"
15,6 % "valides" mais "incohérentes"
17,8 % "invalides" mais "cohérentes"
25,3 % "invalides" et "incohérentes"

Bien sûr, nous ne nous cachons pas tout ce que cela a d'artificiel, chaque sujet étant un cas particulier ; néanmoins en fin de compte, nous trouvons :

. 120 sujets "privilégiés" (par rapport aux autres)
. 50 sujets très défavorisés (dans l'absolu)
. 84 sujets formant un ensemble de gens plus ou moins autonomes et plus ou moins cohérents, que nous appellerons "catégorie intermédiaire".

Nous terminerons ce chapitre, en donnant des précisions sur trois points concernant :

. la validité manuelle
. ceux qu'il faut laver
. ceux qu'il faut faire manger.

9. *LA VALIDITE MANUELLE - CEUX QU'IL FAUT LAVER - CEUX QU'IL FAUT FAIRE MANGER.*

a) La validité manuelle.

Nous avons choisi des critères on ne peut plus simples et avons différencié :

. les mains utilisables
. les mains inutilisables
. les mains partiellement utilisables.

- Sont dites "utilisables" les mains capables de s'ouvrir et de se fermer aisément à l'exclusion de tout autre critère.
- Sont dites "inutilisables" les mains incapables d'effectuer les mouvements précités.
- Sont dites "partiellement utilisables" les mains intermédiaires entre les deux catégories précédentes.

Moyennant quoi, nous avons trouvé les résultats suivants :

- Sur nos 179 femmes,

  . 9 ont une main partiellement "utilisable" et l'autre "utilisable"
  . 12 ont une main "inutilisable" (dont une amputée du poignet) et l'autre "utilisable"
  . 2 ont les deux mains "partiellement utilisables"
  . 1 a la main gauche "partiellement utilisable" et la droite "inutilisable".

- Sur nos 75 hommes,

  . 3 ont une main "partiellement utilisable" et l'autre "utilisable"
  . 5 ont une main "inutilisable" (dont un amputé au poignet) et l'autre "utilisable"
  . 4 ont les deux mains "partiellement utilisables"
  . 1 a les deux mains "inutilisables".

Ce qui fait que sur 508 mains examinées (en réalité 506 compte tenu des deux amputés), il y en a 463 d'"utilisables".

Entendons-nous, cela ne préjuge en rien qu'elles soient habiles ; ni que les sujets à qui elles appartiennent aient un psychisme suffisant pour les utiliser.

Il n'en reste pas mois vrai que :

- 217 malades ont les 2 mains "utilisables"
- 29 seulement n'ont qu'une main "utilisable"
- 8 et c'est tout ont leurs deux mains à peu près non "utilisables".

Ces chiffres nous ont surpris au point que nous avons fait deux fois l'inventaire ! Il faut croire que les mouvements de la main se conservent beaucoup plus longtemps, résistent mieux à l'âge que ne le font les capacités de marche.

Ce fait en tout cas a son importance en ce qui concerne les possibilités d'ergothérapie et d'animation dont nous parlerons plus loin.

b) *Ceux qu'il faut laver.*

Il faut différencier ceux qui ne peuvent se laver de ceux qui ne veulent pas faire leur toilette. Les uns sont lavés à cause de leur état de santé, les autres à cause de leur négligence ! La limite entre ces deux situations se situe entre les rez-de-chaussée et les étages.

- Dans les étages :

  La toilette prend un véritable caractère médical, les malades ne pouvant effectuer seuls ces soins.

  15 hommes et 76 femmes sont dans ce cas.

- Dans les rez-de-chaussée :

  La toilette est faite par mesure d'hygiène surtout chez les hommes : sur les 49 du service, 6 seulement se lavent de façon correcte et régulière !!!
  Tous les autres sont passés à la douche, par roulement, afin que chacun ait vraiment été lavé au moins une fois par semaine.

  Chez les femmes, sur les 55 du service, 18 seulement sont dans le cas des hommes, les autres se lavent seules et régulièrement.

c) *Ceux qu'il faut faire manger.*

Le problème est facile à régler :

. 21 femmes sont dans cette situation, et toutes entrent dans la catégorie des plus défavorisées

. 5 hommes sont dans la même situation. Un seul n'est pas des plus défavorisés, il s'agit d'un aveugle classé dans la "catégorie intermédiaire".

Cependant : près du quart, bien que prenant seuls leurs repas ne peuvent couper leur viande ou leur pain ou encore peler leurs fruits ; ils doivent être aidés. Souvent c'est le voisin ou la voisine qui apporte cette aide (du moins dans les rez-de-chaussée). Dans les étages, cela entraîne du travail supplémentaire pour le personnel.

Cela illustre bien, en tout cas, ce que nous disions à propos de la validité manuelle : validité ne veut pas dire possibilité ! ni habileté !

10. CONCLUSION.

En résumé nous voulions surtout sensibiliser notre lecteur à un aperçu de *"Qui est le pensionnaire"* qui se trouve à Haut-Lévêque.

Nous espérons y être parvenu.

. Nous sommes en présence de gens très âgés, avec une forte prépondérance féminine.

. La grande majorité a une origine sociale très humble et n'a en pratique jamais dépassé le stade intellectuel du savoir lire et écrire (encore n'affirmerions-nous pas que tous aient su le faire un jour !).

. La pathologie qu'ils présentent est souvent accablante par sa pluralité, sans compter toutes les "petites misères" qui viennent s'y ajouter.

. La faculté de déplacement reste cependant souvent suffisante chez les hommes puisque 69 sur 75 soit 92 % peuvent se mouvoir de façon non négligeable (avec les réserves que nous avons faites).

Elle est beaucoup plus aléatoire chez les femmes dont 101 seulement sur 179 peuvent se déplacer (avec les mêmes réserves), soit : 56,4 %.

. La capacité d'expression verbale cohérente,qui évalue en gros la capacité de relation avec l'entourage, est bonne chez 64 % des hommes et 59,2 % des femmes. Encore ces chiffres sont-ils légèrement surfaits, compte tenu de la remarque que nous avons faite tout à fait à la fin de notre septième paragraphe.

. Rappelons que :

- 120 sujets peuvent et se mouvoir et tenir des propos cohérents, soit environ 47 %
- 50 sujets peuvent se mouvoir mais non tenir des propos cohérents, soit environ 20 %
- 34 ne peuvent plus, ou pratiquement plus se mouvoir, bien qu'ils aient encore la faculté de s'exprimer de façon cohérente, soit environ 13 %
- 50 sujets enfin n'ont pratiquement plus aucune faculté ni de se mouvoir, ni de s'exprimer, soit environ 20 %
- 21 femmes et 5 hommes doivent être nourris par le personnel
- 33 hommes et 94 femmes doivent être lavés par ce même personnel, ce qui représente exactement un sujet sur deux !

Voici, et encore très approximativement, à *qui* nous avons affaire.

C H A P I T R E II

OU ET COMMENT VIT LE PENSIONNAIRE ?

Après avoir expliqué qui est notre pensionnaire, nous allons maintenant essayer de mieux savoir où et comment il vit.

Pour ce faire, nous étudierons successivement :

1. Les locaux
2. Le personnel
3. Une journée "standard"
4. Les relations du pensionnaire
   a) avec l'extérieur
   b) entre eux.
5. Les distractions
6. Conclusion.

° ° °

1 . LES LOCAUX.

a) Les chambres.

Le Haut-Lévêque comporte, comme nous l'avons déjà dit, un rez-de-chaussée habité par des sujets autonomes, hommes du côté dit A, et femmes du côté dit B, et deux étages peuplés de personnes de santé et d'autonomie beaucoup plus aléatoires :

Le A1 n'a plus que quelques sujets d'hospice, le reste étant occupé par le Service de Médecine.

Le A2 est mixte, certaines chambres étant occupées par des hommes, d'autres par des femmes.

Le B1 et le B2 n'abritent que des femmes.

Partout l'architecture est similaire, à savoir : un très long couloir sur lequel s'ouvrent les chambres, de part et d'autre dans les deux rez-de-chaussée, d'un seul côté dans les étages.

Ces chambres sont à deux, trois ou quatre lits.

. 54 chambres ont deux lits, soit 108 lits
. 33 chambres ont trois lits, soit 99 lits
. 13 chambres ont quatre lits, soit 52 lits

Notons que le total qui est de 259 lits est appelé à diminuer, les lits du service A1 étant progressivement remplacés par des lits de médecine.

Dans chaque chambre, nous trouvons un placard par lit, placard d'ailleurs trop exigu. Par contre, toutes s'ouvrent par de grandes fenêtres aux rez-de-chaussée, et par de vastes baies donnant sur de longues terrasses dans les étages. Il faut préciser que dans les deux rez-de-chaussée, les lits sont des divans en bois verni, avec tête de lit comportant une petite tablette individuelle et un tiroir. Ceci contribue à donner aux chambres un caractère moins "hospitalier" (au sens hôpital du terme).

Dans les étages, par contre, on retrouve les lits et les tables de nuit traditionnels des hôpitaux. Ces tables de nuit sont de dimensions insuffisantes, surtout

pour les femmes qui y logent bien difficilement tous les petits objets personnels auxquels pourtant elles tiennent d'autant plus qu'ils ont toujours pour elles valeur de souvenir, et qu'ils ont de ce fait une grosse importance psychologique.

b) *Le sanitaire.*

Dans les services A2, B1 et B2 on trouve six salles d'eau, et une dans le service A1 pour les quelques lits qui ne font pas encore partie du service de médecine.

Ces salles d'eau sont comprises entre deux chambres à 3 ou 4 lits (selon le cas) et une à 2 lits. Elles servent donc à 8 ou 10 malades. Elles comprennent :

- une douche
- un lavabo
- un bidet
- un W.C.

Des barres pour se tenir sont fixées aux murs de la douche ainsi que de part et d'autre du siège des W.C.

Il est dommage que ces salles d'eau servent aussi d'entrepôt pour les balais, les seaux, les serpillères et autres ustensiles d'entretien, faute de locaux adéquats.

Au niveau des rez-de-chaussée, pas de salle d'eau, mais seulement trois douches communes et une baignoire.

Toutes les chambres à deux lits ont un lavabo, les chambres à trois ou quatre lits en ont deux. Chaque lavabo est accompagné d'une glace, d'une prise de courant et d'un éclairage.

De l'avis général, il semble que les installations sanitaires soient suffisantes, et nettement supérieures à celles de la plupart des autres établissements similaires.

c) *Les équipements collectifs.*

Il existe une salle-à-manger pour les femmes du rez-de-chaussée, située dans le service lui-même, et une salle à manger pour les hommes du rez-de-chaussée A située au 1er étage.

En dehors des heures de repas, cette dernière sert aussi de salle de spectacle pour le film hebdomadaire ou pour toute manifestation sensée regrouper un nombre important de pensionnaires. Elle sert aussi de chapelle le dimanche.

A côté, pour les hommes, existe une salle de réunion avec télévision.

Une salle de même type existe au rez-de-chaussée B, pour les femmes, mais la télévision est en panne.

Il existe, toujours au rez-de-chaussée B, une petite salle non fermée où quelques femmes, en général toujours les mêmes, passent la plus grande partie de leur temps. Elle est située à peu près au milieu du service.

Enfin, au bout de chaque couloir, côté A et côté B, une salle plus vaste qui n'est en fait qu'un lieu de passage, sert à quelques hommes ou femmes, de lieu de réunion.

Dans les étages, il n'y a ... rien ! Tout au plus quelques postes de télévision à peu près éternellement en panne.

Seuls fonctionnent ... curieusement, des postes appartenant en propre à certains pensionnaires : nous en avons dénombré 14, dont 7 appartenant à des hommes et 7 à des femmes.

A titre anecdotique, signalons que notre ingénieur des Arts et Métiers, bien que totalement aveugle, possède un poste de télévision dont il suit régulièrement les programmes. Il semble capable de se représenter correctement bon nombre d'émissions !

Pour terminer ce paragraphe, bien bref et pour cause, disons qu'il y a une bibliothèque dont les livres sont distribués de temps à autre par une bibliothécaire bénévole, et qu'un marchand de journaux passe tous les jours.

d) L'environnement.

Il a son importance ; il s'agit, nous l'avons signalé, d'un très vaste parc planté en partie de pins, en partie de chênes.

Il permet, dès les premiers beaux jours, à plus d'un pensionnaire, de passer des heures en plein air et dans le calme, mais il faut signaler qu'il est en majeure partie fréquenté par les hommes valides du rez-de-chaussée à l'exclusion presque complète des autres malades et qu'il n'y a jamais été installé quoi que ce soit par y favoriser le séjour.

L'environnement immédiat, par contre, a été amélioré grandement en ce qui concerne les couloirs des étages et les zones de réunion des rez-de-chaussée, par la mise en place de nombreuses plantes vertes qui donnent incontestablement un caractère plus agréable.

De plus, longtemps avant Noël, dès fin novembre, il se crée dans notre centre une ambiance particulière, très appréciée de nos vieillards, et ceci, grâce au très gros effort de décoration qui est fait à cette période de l'année : guirlandes, crèche, sapins lumineux, peintures sur les vitres.

Enfin quelques pensionnaires (mais cela reste rare chez les femmes et l'exception chez les hommes), disposent quelques photographies personnelles ou des cartes postales sur leur table de nuit, et parfois sur les murs.

2. LE PERSONNEL SOIGNANT.

a) Personnel médical proprement dit.

- Un médecin des hôpitaux à temps plein, chef de service, professeur titulaire de chaire.
- Un médecin des hôpitaux à temps plein, maître de conférences agrégé.
- Trois médecins vacataires, délégués dans les fonctions de chefs de clinique, dont un ancien chef de clinique assistant des hôpitaux.
- Des attachés de consultation, dans plusieurs branches de spécialités : otorhino-laryngologie, ophtalmologie, dermatologie, psychiatrie, cardiologie, pneumologie, radiologie, gynécologie, rhumatologie, radiocirculographie isotopique.

- Une psychologue.
- Une orthophoniste.
- Un interne des hôpitaux titulaire.
- Deux étudiants faisant fonction d'internes.
- Trente étudiants stagiaires. (35 depuis le 1er mars, et on tend à en avoir 45).

b) *Personnel para-médical.*

Un surveillant-chef	
REZ-DE-CHAUSSEE A	*REZ-DE-CHAUSSEE B*
. Une surveillante . Une infirmière diplômée d'Etat . Quatre aides-soignantes . Trois agents de service hospitalier . Deux agents de service hospitalier veilleurs de nuit	. Une surveillante . Deux aides-soignantes . Cinq agents de service hospitalier . Deux agents de service hospitalier veilleurs de nuit
*1er ETAGE A**	*1er ETAGE B*
. Une surveillante . Trois infirmières diplômées d'Etat . Quatre aides-soignantes . Deux aides-soignantes veilleuses de nuit . Huit agents de service hospitalier	. Un surveillant . Deux infirmières diplômées d'Etat . Six aides-soignantes . Deux aides-soignantes veilleuses de nuit . Six agents de service hospitalier
2ème ETAGE A	*2ème ETAGE B*
. Une surveillante . Deux infirmières diplômées d'Etat . Quatre aides-soignantes . Six agents de service hospitalier . Deux agents de service hospitalier veilleurs de nuit	. Une surveillante . Deux infirmières diplômées d'Etat . Cinq aides-soignantes . Deux aides-soignantes veilleuses de nuit . Cinq agents de service hospitalier.

Par roulement, deux infirmières diplômées d'Etat assurent les gardes de nuit pour les six services.

* *Le personnel de ce service est en grande partie affecté au service de médecine puisqu'il ne reste plus, dans cet étage, que quelques lits d'hospice.*

Selon CASTAING, la proportion d'agents hospitaliers qui s'établit à 3,3 lits par agent, est très honorable par rapport à la densité moyenne habituelle d'établissements similaires qui ressort à 8,3 !

Ce qui nous paraît moins honorable, c'est que 39 personnes soient agents de service hospitalier, ce qui représente 57,1 % de l'ensemble aides-soignants plus agents de service.

Or ces 57,1 % n'ont *strictement aucune qualification*, bien qu'ils soient en contact permanent et étroit avec les malades !

La bonne volonté est-elle suffisante ??? (nous reviendrons plus tard sur ce problème).

c) *Autre personnel para-médical.*

- Personnel de kinésithérapie :
  - . Un moniteur à temps partiel, chargé de l'enseignement auprès des élèves kinésithérapeutes.
  - . Trois kinésithérapeutes à plein temps.
  - . Six stagiaires de 2ème année*
  - . 18 stagiaires de première année, par périodes de quatre semaines.*
- Une assistante sociale
- A titre bénévole, une animatrice, dont nous croyons devoir souligner le mérite.
- Une diététicienne.
- Une pédicure et quelques élèves en pédicurie qui viennent un après-midi tous les 15 jours.
- Un coiffeur (mais pas de coiffeuse, ce qui serait pourtant souhaitable !).

* *sauf durant les périodes de vacances scolaires, soit : 15 jours à Noël, 15 jours à Pâques, et de fin mai à début octobre.*

3. UNE JOURNEE "STANDARD".

Etant donné qu'elle diffère quelque peu entre les étages et les rez-de-chaussée, nous étudierons successivement comment se déroule cette journée dans l'un et l'autre endroit.

A- Dans les étages.

Elle nous est apparue comme pouvant être divisée en 3 phases que nous allons tenter de décrire successivement :

a) Du réveil au repas de midi.

Nos gens âgés se réveillent tôt, le petit déjeuner leur est servi vers 7 heures du matin, au lit.

Ensuite commencent les soins et la toilette : les soins de toilette concernent 15 hommes et 76 femmes, soit 64,4 % des 118 femmes logeant dans les étages, et 57,7 % des 26 hommes.

Les soins médicaux et la toilette animent quelque peu les chambres, mais, pour ceux qu'il faut laver, la qualité de l'acte, qui est une relation intime avec le malade, doit être irréprochable, les gestes doux, attentionnés et il serait bon que ce moment soit l'occasion, quand cela est possible, d'une conversation avec le malade.

Ensuite, ou en même temps, arrivent les stagiaires hospitaliers et les élèves kinésithérapeutes qui vont, eux aussi, par leurs actes et leurs paroles, apporter une certaine animation.

Pour certains malades, la matinée sera aussi le seul moment où ils vont quitter le cadre de leur chambre, car ils vont monter en salle de kinésithérapie qui se trouve au 3ème étage de Haut-Lévêque ; et, même si, pour certains, l'espoir d'amélioration est bien réduit, le seul fait de se déplacer (ou plus souvent d'être déplacé) a déjà valeur d'animation.

C'est aussi le matin qu'a lieu la "visite" qui est l'occasion d'un contact avec le médecin que l'on attend, que l'on écoute.

Ensuite, vers 11h 30, arrive l'heure du repas. Les employés apportent les couverts, puis les assiettes et la nourriture.

Bref, comme nous le voyons, la matinée n'est pas exempte d'une certaine animation.

b) Du repas de midi au repas du soir.

Le repas est pris sur la table roulante du malade, celui-ci étant assis dans son fauteuil, s'il a pu s'y mettre seul ou si l'on a eu le temps de l'y mettre, ou bien dans son lit, dans le cas contraire.

Le repas est un moment très important dans la journée du vieillard ; aussi exige-t-il une qualité de service sans failles.

Rappelons ici que 21 femmes et 5 hommes devront être nourris (tous se trouvent dans les étages).

Nous avons été surpris par le fait que, très souvent, de nombreux vieillards n'ont pas trouvé à leur goût un repas pourtant apparemment très correct ; nous pensons (mais nous y reviendrons plus loin) que cela tient aux impératifs du service.

- Le repas fini, c'est l'ennui qui commence :

  . la toilette est terminée (sauf pour ceux ou celles qui se souillent)
  . les étudiants sont partis
  . la visite est faite.

Que reste-t-il ? à peu près rien, surtout chez les femmes.

. Chez les hommes, une petite activité existe :

  .. les postes de télévision (personnels pour la majorité) vont s'allumer
  .. les postes de radio, de même
  .. certains vont lire
  .. d'autres, grâce à leur fauteuil roulant (ou à leurs jambes) vont s'installer dans le couloir où ils vont fumer tout en lisant, tout en discutant entre eux, tout en regardant ce qui se passe dehors.

- Chez les femmes, c'est la désolation qui règne :
  - pas de postes de télévision en service (sauf un)
  - très peu de postes de radio
  - pas de bavardages sauf peut-être pour une dizaine d'entre elles, et encore
  - une dizaine également lisent à peu près régulièrement
  - les plus "heureuses" sont dans un fauteuil, les autres (81 % d'après un comptage effectué durant 4 jours d'affilée) restent au lit.

Rien ne se passe, rien ne bouge, rien ne semble vivre. Il faut avoir poussé les portes de ces chambres pour comprendre dans quelle mortelle solitude, dans quel mortel silence vivent (ou plutôt survivent) ces femmes ; et pourtant, il suffit de dire "bonjour" pour que quatre voix (parfois trois, parfois deux, rarement une seule) répondent ! La vie existe encore ! Mais, à quel rang est-elle ravalée ?

- Vers 15 heures, sera servi un café au lait à ceux et celles qui le désirent.
- Dans l'après-midi aura lieu la contre visite.
- Puis plus rien ne se passera jusqu'au repas du soir, si ce n'est, pour quelques trop rares chambres, le passage de l'un ou l'autre des trois kinésithérapeutes ; mais, que faire quand on est trois face à tant de misère ?
- Bien sûr une personne dévouée et bénévole vient tous les après-midi en tant qu'animatrice, mais elle est seule.. et il y a plus de 50 chambres ! Par où et par qui commencer ?

C'est dans cet effroyable marasme qu'arrive le repas du soir qui n'a rien de bien différent de celui de midi. Il est servi vers 18 heures.

c) Du repas du soir au sommeil.

Chez les hommes, les postes de télévision vont continuer à fonctionner jusque vers 20-22 heures selon les chambres et les émissions. Puis les lumières vont s'éteindre et chacun va s'endormir.

Chez les femmes, la désespérante désolation s'est accrue ; à quelques exceptions près, toutes sont maintenant

au lit, n'attendant plus que le sommeil qui, plus vite il viendra, plus vite il fera oublier combien la vie n'a plus de sens dans cette effarante solitude.

N.B. - C'est cependant le seul moment où sont quelquefois mis en marche les postes de télévision appartenant aux femmes, mais cela n'est pas aussi régulier que chez les hommes.

B- Dans les rez-de-chaussée.

Ici aussi existe une nette différence entre les hommes et les femmes et nous examinerons séparément le cas des uns et des autres.

a) La journée des hommes.

Elle est, quoique monotone dans l'ensemble, relativement variée. Tous sont autonomes dans leurs déplacements et une caractéristique de leur journée réside précisément dans le fait qu'ils se déplacent.

Réveillés tôt en général, certains dès 6 heures du matin, voire plus tôt encore, ils prennent le petit déjeuner soit dans la chambre, soit à l'office qui se trouve au bout du service.

Puis la plupart s'habillent et se lavent ... ensuite ! C'est dire que les soins de toilette se limitent à se passer un peu d'eau sur le visage et, tant bien que mal, à se raser. Nous avons déjà signalé que 6, en tout et pour tout, avaient le souci quotidien d'une vraie toilette, quant aux autres...

C'est alors que va commencer un mouvement incessant qui va s'amplifiant au fur et à mesure que la journée avance. Ce mouvement est fait d'allées et venues, sans but bien précis, qui vont conduire nos pensionnaires de la chambre à la salle de réunion du premier étage, de là, dans le parc, du parc à l'autre lieu de rassemblement (pièce que nous avons mentionnée en parlant des équipements collectifs) et qui se trouve juste à la sortie du service.

Chacun effectue son circuit selon son propre rythme, selon son propre goût et selon l'humeur du jour, mais en respectant un certain cycle de base fait d'une régularité telle que chacun se trouve presque immanquablement tous les jours au même endroit à la même heure ! A telle enseigne que souvent, cherchant tel ou tel pour les besoins de notre enquête, il nous est arrivé de demander aux employées : "pourriez-vous me dire où se trouve un tel ?" -Presque infailliblement la réponse qui nous était faite était la suivante : "oh, à l'heure qu'il est, il doit être à tel endroit". Eh bien le plus souvent c'était exact.

Quant à connaître la motivation de ces horaires !... Pourquoi celui-ci regagne-t-il sa chambre tous les jours vers 15 heures ? Pourquoi en ressortira-t-il vers 16 heures pour aller fumer dans la salle du premier étage ? Pourquoi sera-t-il à peu près sûrement dans le parc une demi-heure plus tard, alors que tel autre sera, lui, presque sûrement dans sa chambre ? C'est une question que nous laisserons entière, ne lui ayant pas trouvé de réponse satisfaisante.

Quoi qu'il en soit, c'est de cette façon que ces hommes passent la plus grande partie de leur temps.

Quelques uns cependant ont des occupations précises et journalières ; il s'agit de sujets dits (administrativement) "utilisés". Ils sont 14 et sont employés soit aux cuisines, soit à divers travaux de jardinage dans le parc.

Une vingtaine lisent le journal tous les jours.

Un certain nombre, variable d'un jour à l'autre, mais généralement de l'ordre de 8 ou 10, regardent la télévision l'après-midi.

Après le repas du soir, pris en commun (comme celui de midi) dans la salle-à-manger, un quart d'entre eux environ retournent dans leur chambre et se couchent, un autre quart se réunissent dans la salle à la sortie du service où ils vont, le plus souvent sans mot dire, fumer deux ou trois cigarettes avant d'aller se coucher. Les autres gagnent la salle de réunion où se trouve la télévision et ils restent là, certains jusque vers 21 ou 22 heures, puis ils vont au lit.

Comme l'on peut s'en apercevoir, le vécu de cette journée n'est ni bien important, ni bien intense !

Néanmoins, comme nous tâcherons de l'analyser dans notre prochain chapitre, il semble bien que cette façon de vivre satisfasse la plupart.

b) La journée des femmes.

Elle est beaucoup moins mouvementée (au sens strict du mouvement) que chez les hommes.

Le réveil a lieu vers 7 heures, au moment où est servi le petit déjeuner.

Ensuite nos vieilles dames se lavent et s'habillent (à l'inverse des hommes !). Toutefois, 18 d'entre elles sont trop négligentes dans leurs soins de toilette et doivent être régulièrement passées à la douche, comme c'est le cas pour la plupart des hommes.

Une vingtaine ont gardé le souci de faire leur lit.

Mais une fois ces quelques activités terminées, c'est l'ennui qui commence. Pas d'allées et venues incessantes comme chez les hommes. La matinée, elles la passent assises, la plupart dans leur chambre,tandis que les autres vont se rassembler dans la petite salle au milieu du service.

Certaines bavardent plus ou moins entre elles, une dizaine lit régulièrement le journal, une ou deux tricotent un peu, deux ou trois feuillettent une revue quelconque, la majorité ne fait rien. Même en été, rares sont celles qui vont régulièrement dans le parc.

C'est de cette manière, faite surtout d'oisiveté, que nos pensionnaires vont attendre le repas de midi, pris en commun, dans la salle de restaurant située dans le service.

Après le repas, bon nombre d'entre elles gagnent leur chambre et se reposent (d'on ne sait trop quelle fatigue !).

Puis assises, qui sur son lit, qui sur une chaise (dans le couloir ou dans la chambre), elles ne bougent guère jusqu'au repas du soir.

Vers 15 heures, celles qui le désirent pourront prendre un café au lait.

Que font-elles ? Rien, rien et rien ! peut-être 5 ou 6 écoutent-elles un peu leur poste de radio, alors que 38 sur les 55 du service en possèdent un. Peut-être une quinzaine lisent-elles (ou plutôt feuillettent-elles) une revue, mais cela occupe une demi-heure, une heure au plus.

D'ailleurs que faire ?

C'est l'heure du repas du soir qui viendra interrompre le cours de cet après-midi oisif, long et morne.

Dans la demi-heure qui suit la fin du repas, soit approximativement vers 19 heures, presque toutes sont déjà couchées.

Dès 19h 30, (un peu plus tard en été) la quasi totalité des femmes ont éteint les lumières et attendent le sommeil.

Nous verrons dans le prochain chapitre que les femmes supportent beaucoup moins bien que les hommes ces journées passées à ne rien faire.

4. LES RELATIONS : AVEC L'EXTERIEUR ET ENTRE EUX.

a) Relations avec l'extérieur.

Elles sont des plus réduites. Nous avons pu établir qu'environ le quart des pensionnaires avaient des visites régulières : une fois par semaine environ ; quant aux autres, ils ne voient pour ainsi dire jamais personne. Donc, pour la plupart, nos vieillards sont abandonnés.

Néanmoins, souvent, la visite faite à un pensionnaire déterminé profite plus ou moins à ses voisins, car les visiteurs finissent par connaître les malades qui sont dans la chambre de la personne qu'ils viennent voir et il est rare qu'ils n'aient pas, au moins, un petit mot gentil à leur égard. Quoiqu'il en soit :

- Quatre malades seulement ont des visites qui dépassent la fréquence d'une par semaine !

- Dix - huit, c'est tout, ont passé Noël ou le premier de l'an dans une famille ou dans leur famille. Nous voulons bien admettre que plus d'un est dans un tel état qu'il serait difficile de l'accueillir fut-ce pour une journée, mais cependant, ce chiffre de 18 seulement exprime bien le degré d'abandon dans lequel se trouvent la plupart de nos pensionnaires.

Dans un autre ordre d'idée, nous avons essayé de préciser quelle pouvait être la notion du monde extérieur que conservaient les plus favorisés : sur 12 hommes et 8 femmes chez qui semble avoir persisté un certain degré intellectuel (tout restant relatif), c'est à dire qui lisent le journal ou suivent plus ou moins la télévision (ou parfois les deux) : 17 ont su nous nommer le président de la République mais 8, seulement, celui du premier ministre. Les notions élémentaires de la politique comme citer deux ou trois grands partis échappent à presque tous. Ils semblent s'intéresser un peu plus aux articles à sensation ou aux scandales, et les hommes, plus ou moins, au sport.

Dans l'ensemble, cependant, il nous est apparu que même chez ces sujets "privilégiés", le monde extérieur est devenu une abstraction qui ne les préoccupe plus.

b) *Les relations entre eux.*

1/ Chez les hommes "invalides".

C'est à leur niveau que nous avons constaté les relations les meilleures. Ils forment un petit groupe de 26 pensionnaires qui ne s'entendent pas trop mal. Ils se connaissent assez bien, ils discutent volontiers entre eux, et, si l'on demande à l'un de parler de son voisin, il est davantage porté à le plaindre qu'à faire immédiatement état de ses défauts.

Un certain courant de sympathie semble s'être établi entre ces hommes qui présentent à peu près tous de sérieux handicaps physiques.

2/ Chez les hommes "valides".

Chez eux, les relations sont tout autres. Nous avons été stupéfaits de constater à quel point ils étaient opposants à leur voisinage, à telle enseigne que tel sujet ignore souvent tout ce que fut son voisin dont il partage pourtant la chambre, parfois, depuis des années !

Par contre, si l'homme valide ignore qui est son voisin, il connaît parfaitement ses travers qu'il est prêt à vous étaler.

Au demeurant, dans l'ensemble, ces hommes n'ont que très peu de relations avec leur entourage ; ils vivent côte à côte mais ne se parlent que rarement. Ils tolèrent leurs voisins, mais bien rares sont les amitiés, de même d'ailleurs que les réelles inimitiés.

Disons qu'il s'est établi entre eux un climat de tolérance passive.

3/ Chez les femmes "valides".

Les relations, chez elles, prennent encore une autre forme. Dans l'ensemble, elles se parlent beaucoup plus volontiers que les hommes. Deux voisines de chambre se connaissent généralement bien, chacune sait ce qu'a été la vie de l'autre, mais elle sait aussi tous ses défauts ! Il se crée ainsi deux sortes de liens, certains sont amicaux, d'autres sont du domaine de l'inimitié. Chacune a ses "amies" et ses "ennemies".

Cependant, l'"amie" de l'une étant l'"ennemie" de l'autre qui est elle même l'"amie" de la troisième et l'"ennemie" de la quatrième, il se crée un climat dont l'orientation générale est nettement à l'agressivité, ceci par le simple fait que chaque femme a beaucoup plus d'"ennemies" que d'"amies".

Quoi qu'il en soit, ici, on n'est jamais indifférente (sauf les débiles qui sont passives, tout en étant détestées en bloc par les autres).

On se supporte (par la force des choses !) mais l'on ne s'aime guère !

4/ Chez les femmes "invalides".

Là encore, il existe un autre genre de relations; et ceci est dû à une raison majeure : en effet, pour les trois groupes précédents, l'univers de base était représenté par "un service" même chez les hommes invalides, alors que chez les femmes invalides, cet univers de base se limite à la chambre.

Les relations se nouent entre deux, trois ou quatre femmes, ce qui fait qu'il n'y a pas de climat général comme dans les cas précédents, et que chaque chambre est un cas d'espèce dont l'ambiance dépend du nombre de malades (deux, trois ou quatre), de l'état physique et mental de chacune,et du caractère de chaque malade.

5. LES DISTRACTIONS.

a) Dans le centre lui-même.

Elles ne sont pas absentes, loin de là, mais elles ne peuvent pas toucher tous les pensionnaires, ou bien alors il faudrait disposer de beaucoup plus de personnel.

Nous avons déjà parlé de la période de Noël ; nous ajouterons que chaque pensionnaire reçoit un colis de friandises et qu'un groupe folklorique vient donner une petite représentation suivie d'un goûter.

Dans le même ordre d'idées, surtout en hiver, divers groupes folkloriques viennent donner une représentation, sur le rythme de une à deux fois par mois.

Tous les vendredis après-midi a lieu une réunion qui regroupe bon nombre de pensionnaires (parfois près de cent) et qui est l'occasion de réaliser quelques jeux, de raconter des histoires, d'écouter de la musique, et de prendre un goûter.

Un film hebdomadaire est proposé aux pensionnaires. Jusqu'ici il était passé le soir vers vingt heures, ce qui réduisait l'assistance aux seuls valides ou presque, car, à huit heures du soir, il reste bien peu de personnel pour

accompagner les invalides. Il sera bientôt projeté l'après midi, et non plus le soir, ce qui permettra, le personnel étant nettement plus nombreux, d'en faire profiter un plus grand nombre.

Chaque anniversaire est souhaité et le pensionnaire reçoit un gâteau à cette occasion.

Un épicier vient une fois par semaine et son passage est très prisé. Nos vieux lui achètent toutes sortes de choses ; papier à lettre, savon, brossesà dents, parfums, lessive, quelques vêtements, gâteaux, bonbons, etc...

Il est bien évident que la nomination de notre animatrice à titre officiel permettrait d'accroître les possibilités, car nous aurions ainsi, enfin, au moins une personne qui se consacrerait exclusivement à la distraction de nos vieillards.

b) *Les sorties hebdomadaires.*

Chaque pensionnaire est libre de sortir le jeudi après-midi, tout le samedi et tout le dimanche. En pratique, ce sont surtout les hommes valides du rez-de-chaussée qui utilisent cette possibilité ; ils vont à pied jusqu'au lieu dit l'Alouette, distant d'environ 1500 mètres, et grossissent la clientèle des débits de boissons de l'endroit ! Si la plupart se contentent de doses "acceptables", quelques uns (7 ou 8, toujours les mêmes) rentrent régulièrement passablement éméchés de ces expéditions. De plus, les moins valides qui ne peuvent effectuer à pied les 3000 mètres aller et retour, ne manquent pas de se faire ravitailler par les plus alertes, tant et si bien qu'un certain degré d'alcoolisme sévit de façon endémique chez les hommes du rez-de-chaussée.

Signalons à ce sujet que 4 femmes du rez-de-chaussée sont également alcooliques.

Par contre, l'alcoolisme est à peu près inconnu dans les étages.

c) *Les sorties organisées.*

Elles restent rares, n'intéressant que 20 à 30 pensionnaires, en général, toujours les mêmes.

- une fois par mois un autocar privé vient chercher ces pensionnaires pour les amener à Bordeaux où ils sont libres de faire ce qu'ils veulent pourvu qu'ils rejoignent le car à l'heure prévue.
- deux fois par an, à la belle saison, un voyage d'une journée est organisé vers une station balnéaire (Royan, Biarritz, etc...)
- deux ou trois fois par an, toujours à la belle saison, des sorties ont lieu pour la demi-journée, vers les plages les plus proches (Arcachon, Andernos etc...).
- une fois l'an, la Mairie de Bordeaux invite environ 25 personnes à un spectacle de cirque.
- une fois l'an, enfin, la Mairie de Pessac offre à cinq ou six pensionnaires un voyage à Lourdes. Ces pensionnaires sont choisis en fonction de leur dossier médical.

d) *Remarque.*

Il apparaît évident que ne sont concernés par ces distractions que ceux qui sont encore suffisamment valides. Pour ceux qui sont cloués au lit, pas de voyages, pas de sorties, pas de cinéma, pas de télévision... la seule distraction serait qu'ils puissent parler à quelqu'un qui les écoute ; mais qui prend cette peine ? et surtout, qui en a le temps ? Cette catégorie de malades est vouée au lit, au lit "qui tue" (H. CHOUSSAT), expression imagée, certes, mais oh combien tristement exacte !

(Nous tenterons d'apporter une solution a ce problème dans notre quatrième chapitre).

6. CONCLUSION.

Nous venons d'étudier quelques points concernant les locaux dans lesquels vivent nos pensionnaires, puis, après avoir dénombré le personnel médical et para-médical, nous nous sommes attachés à décrire la façon dont se déroule la vie de nos malades en la regardant de l'extérieur.

Bien sûr le paragraphe consacré aux distractions vient quelque peu atténuer l'impression navrante qui se dégage de celui consacré à la journée "standard", cependant, il ne faut pas s'illusionner et le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il ne doit pas faire très bon vivre dans de telles conditions ! Et la question qui vient tout naturellement à l'esprit est de se demander comment nos malades parviennent à s'adapter à une telle existence ?

C'est ce que nous allons essayer de voir dans le chapitre qui va suivre.

C H A P I T R E III

COMMENT S'ADAPTENT-ILS ?

Nous savons maintenant qui est, où est,et comment vit le pensionnaire de Haut-Lévêque.

Pour en arriver là, il nous a fallu pénétrer dans un monde à part, dans un monde perdu,loin de la vie des hommes, isolé, plutôt sinistre et presque inhumain où survivent pourtant, tant bien que mal, des vieillards déshérités. Leur existence ne semble plus avoir qu'un sens : l'attente de la mort ; car enfin, que leur reste-t-il d'autre, sinon ce sentiment de solitude, d'inutilité, sinon ces jours sans fin, identiques, monotones, sans espoir, sans signification et sans but ?

Comment s'étonner si l'on voit, dans de telles conditions, un vieillard qui était jusque là alerte, s'aliter un beau jour, sans que l'on sache bien pourquoi, et ne plus vouloir se relever ?

Tout se passe comme si l'univers, petit à petit, se rétrécissait. Le vieillard arrive à Haut-Lévêque avec la notion du monde extérieur, mais très vite, l'inactivité et l'ennui ramènent cet univers aux dimensions d'une chambre. Cette chambre, il la partage, il n'y est pas seul, ce n'est pas *sa* chambre. Sa seule véritable possession, inamovible, c'est son lit. D'une part il y passe (au moins!) la moitié de sa vie, d'autre part, souvent, il s'y trouve bien mieux qu'ailleurs :

Marcher l'essouffle, et puis, sa cheville lui fait mal, alors qu'au lit:plus d'essoufflement, plus de douleur, et surtout, à quoi bon se lever ? Pour qui ? Pourquoi ?

Le vieillard ne se lèvera bientôt plus que pour sa toilette ou pour ses besoins, et, moins il marche, moins il a envie de marcher, jusqu'au jour où, sans cause médicale bien précise, il ne marchera plus, passant son temps dans son lit, où, au mieux, dans son fauteuil.

Quand on sait combien le vieillard est une proie facile pour l'ankylose et pour l'amyotrophie, on ne sera pas surpris qu'à la faveur d'une petite affection bénigne qui va le clouer quelques jours au lit, il perde définitivement le peu de forces qui lui restaient encore.

Tout cet enchaînement est fondé sur deux questions majeures : *POURQUOI ?* *POUR QUI ?*

Derrière ces deux questions se trouve en fait tout le drame du vieillard :

Pourquoi marcher ? Pourquoi se lever ? Pourquoi lire ? Pourquoi écouter la radio ? ... puis bientôt, Pourquoi manger ? et enfin : *Pourquoi vivre ?*

Pour qui marcher ? pour qui se lever ? Pour qui lire ? Pour qui écouter la radio ? ... pour qui manger ? *Pour qui vivre ?*

Cependant, nous ne voudrions pas outre mesure noircir le tableau, car il n'est pas aussi dramatique à tous les niveaux, et il faut distinguer plusieurs situations :

1. LES HOMMES ET LEUR ADAPTATION.

La "journée standard" que nous avons décrite par ailleurs n'est pas si mal supportée que cela. Nous avons parlé de tolérance passive entre les hommes valides du rez-de-chaussée, voire d'une certaine sympathie entre ceux, invalides, du service A2. Quoi qu'il en soit, nous trouvons là deux sociétés d'hommes qui valent ce qu'elles valent, mais qui existent en tant que telles.

Le sujet n'y vit pas seul, et ceci, quelle que soit la qualité de ses rapports avec son voisinage, et quand bien même ce voisinage lui soit imposé.

Même chez les hommes du rez-de-chaussée où il y a simple tolérance du voisin, il n'y a pas, pour autant, indifférence totale.

Nous avons posé à vingt cinq hommes dont dix sept du rez-de-chaussée et huit du service A2 la question suivante : "vous ennuyez-vous" ?

Entendons-nous, la question n'a pas été posée d'emblée, mais au cours d'une conversation, et de plus, à des gens classés 1 quant à leur capacité d'expression (voir Ch. I § 7). Aucun d'eux n'était "utilisé" (rappelons que

l'on entend par "utilisé" un sujet qui accomplit chaque jour un travail précis et qui est rémunéré (très peu !) par l'administration).

Sur ces 25 hommes :

. 21 sont apparamment contents de leur sort ! L'oisiveté ne les gêne guère, et ils estiment qu'ils en ont bien assez fait dans leur vie et qu'ils se trouvent très bien comme ils sont. Tout au plus trois invalides déplorent-ils leur état car ils aimeraient bien pouvoir aller dans le parc.
Tous les invalides concernés par cette question font partie de ces vingt et un.

. 3 aimeraient bien s'occuper un peu, mais ils ne se trouvent pas mal pour autant ! D'ailleurs ils n'ont aucune idée précise de ce qu'ils voudraient faire.

. 1 seul nous a déclaré s'ennuyer. Ce n'est pas pour cela qu'il voudrait avoir une occupation ; ce qu'il voudrait, c'est quitter Haut-Lévêque pour aller ailleurs.

Devant ces résultats nous nous sommes assez longtemps demandé si nous ne nous étions pas fourvoyé : comment était-il possible que ces hommes puissent aussi bien tolérer leur état ?

Mais à y réfléchir, nous pensons que cela s'explique assez bien :

- Ils sont d'origine très humble (Ch. I § 4) et leur vie n'a pas dû toujours être une partie de plaisir, si bien qu'ils se trouvent dans une situation de confort et de sécurité qui est peut-être, pour nombre d'entre eux, supérieure à ce qu'ils ont connu.

- D'autre part, renseignements pris, les deux tiers ont toujours été célibataires ; ayant toujours vécu en solitaires, c'est un état qui leur est presque naturel et ne leur pèse guère.

- De plus, ils arrivent tant bien que mal à "tuer le temps". Nous avons vu que ceux du A2 s'intéressent à la télévision, à la radio, certains lisent, d'autres bavardent ou passent des heures à regarder dehors les allées

et venues tout en fumant d'éternelles cigarettes. Ceux du rez-de-chaussée, quant à eux, se parlent peu, c'est un fait, mais ils marchent, comme nous l'avons signalé : la chambre, le parc, la salle de réunion, le parc, etc... Il est probable qu'ils arrivent à user ainsi chaque jour leur potentiel d'activité et que, de ce fait, ils n'ont pas le temps de s'ennuyer.

Ces explications valent ce qu'elles valent, mais ce qui est sûr, en tout cas, c'est que les hommes, valides ou non, s'adaptent assez bien à leur état et qu'ils n'éprouvent pas d'ennui.

Ceci corrobore d'ailleurs assez bien les résultats obtenus par notre animatrice bénévole qui n'arrive pas, sauf exception, à intéresser ces hommes à une quelconque activité.

Finalement, bien que cela paraisse étonnant, les hommes de Haut Lévêque semblent s'être bien adaptés aux conditions de vie qu'ils y trouvent ! Nous n'oserons pas aller jusqu'à dire qu'ils sont heureux, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'ils ne sont pas malheureux.

2. *LES FEMMES VALIDES ET LEUR ADAPTATION.*

Elle est bien plus aléatoire. Nous avons, comme chez les hommes, posé à 25 d'entre elles la même question : "vous ennuyez-vous ?". Les réponses obtenues sont presque inverses des précédentes.

- 20 fois la réponse a été "oui", de façon spontanée, immédiate.

Parmi ces 20 femmes :

. 17 ont su nous dire ce qu'elles aimeraient faire : il s'agit presque exclusivement de petits travaux de type ménager, couture, tricot, crochet, voire cuisine, mais aucune n'a l'idée d'activités "artistiques", ne serait-ce que d'écouter de la musique ou dessiner, cependant il suffit d'en parler pour que déjà trois soient favorables !

. les 3 autres ne savent pas trop ce qu'elles aimeraient faire, mais, ce qui est sûr, c'est qu'elles s'ennuient.

- 5 fois, la réponse a été "non". Ces cinq femmes réagissent à peu près comme la majorité des hommes : elles sont bien ainsi, elles ont assez travaillé autrefois et la vie qu'elles ont ici leur suffit et les satisfait.

Ce qui semble dominer, chez ces femmes, c'est donc l'ennui, lié lui-même à l'absence de petites activités. Pendant longtemps, elles vont s'ennuyer dans le groupe où elles vivent, mais elles vivent, néanmoins, à l'intérieur de ce groupe.

Mais qu'une maladie, une mauvaise nouvelle, une dispute arrive, et, du jour au lendemain, elles ne vont plus quitter leur chambre ou leur lit. Et c'est là que le drame risque de commencer.

Jusque là, l'univers, c'était le groupe, et, dans ce groupe, on était encore "quelqu'un" ; on avait sa place, on avait des rapports avec ses voisines (fussent-ils agressifs !), on était jugée, surveillée, épiée, et, d'autre part, soi-même, on jugeait, on surveillait, on épiait. C'était probablement une bien piètre raison de vivre, mais c'en était une, malgré tout !

Dans la chambre, l'univers se limite à quatre murs et une ou deux voisines, et, surtout, il n'y a plus qu'un pas jusqu'au fauteuil et un autre du fauteuil au lit. A chaque nouvelle étape, les dimensions du monde s'amenuisent, de même que les forces physiques et intellectuelles.

En quelques jours, voici notre vieille dame au bord du néant, alors qu'elle était encore si valide il y a seulement huit jours !

Encore une semaine et il n'y aura plus qu'à la monter dans les étages où elle ira rejoindre les invalides.

Quoi qu'il en soit, les femmes valides, dans leur ensemble, souffrent de leur inactivité, elles ne savent trop que faire de ces journées qui n'en finissent pas et elles ont, à l'inverse des hommes, un certain désir de s'occuper.

Ne nous devons-nous pas de leur fournir cette activité afin de redonner à leur vie un minimum d'intérêt, afin de ne plus voir le navrant spectacle de ces vieilles femmes, assises, des heures durant, sur la même chaise, en proie à un ennui sans limite.

De plus, cette activité ne serait-elle pas une certaine motivation qui les inciterait, le jour où elles seraient malades, à ne pas stagner outre mesure dans leur lit et à avoir le désir de le quitter le plus rapidement possible pour reprendre leur occupation ?

3. LES FEMMES INVALIDES ET LEUR ADAPTATION.

Elle est parfaite ! Nous disons bien : parfaite. Lutter pour vivre ? Il y a longtemps qu'elles ont oublié cette notion. Elles sont le plus souvent totalement passives, acceptant leur sort tel quel, un peu comme si cette vie était un état normal.

Sont-elles malheureuses ? Nous n'en jurerions surtout pas. Par rapport à nous, certes elles le sont, mais elles-mêmes, au fond de leur lit et de leur silence, se sentent-elles malheureuses ? Non ! On n'est jamais malheureux que par rapport à son propre univers ; mais, quand il n'y a plus d'univers ? Quand le monde commence et finit entre deux draps, et que l'on n'a plus conscience qu'il existe autre chose ? On est au stade du tout petit enfant qui mange, qui dort, mais qui ne sait *pas* que le monde existe. Ici, la seule différence, c'est que l'on ne sait *plus* qu'il existe.

Seulement voilà, bon nombre de ces femmes ont encore un certain degré de cohérence intellectuelle, elles peuvent parler, répondre, sourire ou pleurer. Elles ont cessé de s'intéresser à quoi que ce soit, mais elles n'ont pas perdu pour autant cette faculté, elles l'ont simplement refoulée à force d'être en butte à l'ennui, à l'inactivité, au manque d'affection.

4. CONCLUSION.

Nous venons d'essayer de voir comment nos pensionnaires ressentaient leur vie à Haut Lévêque. Nous avons ainsi pu remarquer que :

- les hommes valides ou non, se sont assez bien adaptés, et se complaisent même dans leur état.
- les femmes valides s'ennuient, ne sachant trop que faire de leurs dix doigts. Elles s'adaptent (bien obligé !) tant bien que mal à cet ennui, jusqu'au jour où elles abandonnent la lutte et deviennent alors candidates à l'état suivant, celui de femme invalide.
- les femmes invalides, elles, ont fini de s'ennuyer ; elles ont refoulé toute notion de monde extérieur. Elles ne vivent plus, elles survivent !

Aussi, avons-nous voulu essayer d'imaginer une solution qui permettrait :

1- d'éviter aux femmes valides de s'ennuyer, et ainsi, de tenter de faire reculer le plus possible le passage sans raison médicale précise à l'invalidité.

2- de tenter de réapprendre le monde aux invalides, afin d'essayer de leur redonner un peu du goût de vivre.

Ce sera la matière de notre quatrième et dernier chapitre.

Mais, nous dira-t-on, et les hommes ? Nous ne disons pas qu'il ne faille rien entreprendre pour eux, mais nous sommes assez sceptiques quant aux résultats éventuels. Au demeurant, la plupart se trouvent bien comme ils sont, aussi, à notre avis, suffirait-il de créer quelques ateliers d'animation, type vannerie, poterie, céramique, menuiserie, etc... laissant à chacun le soin de s'intéresser ou non à ces activités.

C H A P I T R E IV

QUE FAIRE ?

1. UNE COMMUNAUTE AUTONOME.

Si nous nous reportons à notre tableau XII, page 30 nous voyons que 74 femmes entrent dans les catégories 1-1 et 2-1, catégories que nous avons par ailleurs qualifiées de "privilégiées".

Sur ces 74 femmes, 36 sont disséminées dans les étages et 38 sont au rez-de-chaussée.

Nous avons imaginé qu'il n'était peut-être pas utopique de regrouper sinon toutes ces femmes, du moins une partie d'entre elles, et, de préférence, les plus "valides" tant intellectuellement que physiquement.

Une fois regroupées, et à l'aide, pour certaines, d'une petite psychothérapie de stimulation, nous ne pensons pas qu'il soit exagéré d'envisager de créer une communauté "autonome".

Qu'entendons-nous par là ?

Simplement un groupe de femmes qui seraient toutes capables de se laver, de s'habiller, de faire leur lit, de balayer leur chambre, de conserver leurs assiettes et leurs couverts qu'elles laveraient elles-mêmes.

Ce groupe serait, de plus, isolé de la promiscuité des débiles et des invalides de tous ordres.

L'impact d'une animation serait sans doute plus considérable dans de telles conditions, et, petit à petit, il n'est pas interdit de penser que quelques unes de ces femmes deviendraient à leur tour de véritables animatrices au sein du groupe.

De plus, cette solution offre l'avantage non négligeable, à nos yeux, de permettre de libérer deux ou même peut-être trois employées qui, n'étant plus astreintes aux tâches du service pourraient devenir, après une initiation, autant d'animatrices !

Nous ne nous cachons pas qu'une telle tentative ne serait pas couronnée de succès du jour au lendemain, ne serait-ce que parce qu'au départ, elle serait vécue par

nos pensionnaires comme un changement de leurs habitudes ; or, les gens âgés n'aiment rien à priori, de ce qui pourrait déranger les dites habitudes. Mais, une fois passé le cap de la transition, cette nouvelle façon de vivre devenant l'état habituel, le problème ne devrait plus se poser.

Nous nous plaisons ainsi à imaginer ce que pourrait être une journée dans ces conditions :

Réveil libre. Entre 7h et 9h 30, petit déjeuner, chacune gagnant à l'heure lui convenant la salle de restaurant avec son bol et sa cuillère. Là, elle trouverait sur deux chauffe-plats une casserole de lait et une de café et à côté, des portions individuelles de pain, de beurre et de confiture. Puis retour à la chambre pour faire sa toilette, ranger ses affaires, faire son lit, balayer, laver son bol et sa cuillère.

Ensuite lecture du journal ou de tout autre chose, ou bien quelques activités de couture, de tricot, ou encore bavardage ou promenade dans le parc.

Le repas de midi serait pris à la même heure et en commun, chacune apportant son couvert et son assiette qu'elle disposerait sur son plateau, une seule employée suffisant alors pour distribuer les aliments.

Après le repas, retour à la chambre pour laver son couvert, puis sieste, ou télévision, ou promenade, ou bavardage, ou lecture.

Vers 15 h, collation puis activités de "club" :

. poterie
. fabrication d'objets simples
. tissage
. préparation d'excursions
. musique
. chants
. discussions.

Vers 18 h, repas du soir pris dans les mêmes conditions que celui de midi. Puis télévision ou radio ou lecture ou ... rien n'est limitatif.

Nous ne croyons pas exagéré de penser qu'une telle solution puisse parvenir à toucher, après une phase d'adaptation, 40 à 50 "malades". Cependant certaines, quoique valides, quoique capables de s'intéresser à ce mode de vie, seraient malgré tout en peine de faire leur lit ou de laver correctement leurs couverts : on peut avoir 90 ans, marcher et avoir "sa tête", sans qu'il vous reste pour autant beaucoup de force physique. Mais il n'est pas impensable d'associer dans une chambre une "solide" septuagénaire et une nonagénaire, l'une prenant l'autre en charge pour les petits travaux domestiques dont nous venons de parler.

Il nous semble qu'organisée ainsi, la vie de ces femmes encore alertes serait plus vivable que celle qu'elles mènent actuellement !

Au demeurant, il ne s'agit là que d'une idée, et nous savons combien loin il peut y avoir de la théorie à la pratique ; nous ne croyons pas cependant confiner à l'utopie !

2. LA PRISE EN CHARGE AFFECTIVE.

Même en étant optimiste, et en supposant que nous ayons vu juste, nous n'avons jusqu'ici tenté d'améliorer les conditions d'existence que d'une cinquantaine de femmes ; il nous en reste 129 !

Si nous nous reportons une nouvelle fois à notre tableau XII, page 30 nous voyons que 23 femmes entrent dans la catégorie 4-3. Pour celles-là, il nous paraît bien difficile d'imaginer une quelconque amélioration de leur sort.

Elles sont grabataires, les articulations bloquées, incontinentes ; leurs capacités d'expression et de compréhension sont nulles. Elles sont l'image même de ce que nous voudrions non pas éviter, mais au moins retarder le plus possible, en stimulant autant que faire se peut tout ce qui reste stimulable chez celles qui n'en sont pas encore là !

Nous allons donc nous pencher sur le sort des 106 femmes restantes et encore faut-il une nouvelle fois réviser ce chiffre. En effet, nous allons voir comment nous envisageons de créer un lien affectif avec nos vieilles dames ; or, ce lien ne pourra se créer que s'il persiste chez notre malade une certaine réceptivité à l'affection.

Les femmes que nous avons classées comme appartenant à la catégorie 3 en ce qui concerne leurs capacités d'expression verbale nous semblent inaccessibles à toute relation affective, du moins dans le cadre de ce qui va suivre.

Cela nous conduit à éliminer 13 sujets de plus, et il nous reste, en fin de compte, 93 femmes qui sont concernées par la suite de notre exposé.

Le probème affectif nous paraît majeur, car, à notre sens, c'est par ce biais de l'affection que nous pourrons obtenir quelque chose en vue d'améliorer le sort de ces vieilles personnes.

Nous l'avons maintes fois ressenti, rien ne sert de rééduquer à toutes forces une hanche ou un genou en tant que tels, si l'on va, plus ou moins, contre la volonté du malade ou si l'on n'a que son acceptation passive, car peut-être finira-t-on par récupérer une certaine valeur potentielle à l'articulation en cause, mais à quoi bon, si la tête du vieillard ne veut pas l'utiliser ?

Avant la réadaptation fonctionnelle doit s'instaurer une réadaptation affective.

N'oublions pas que ces sujets présentent des caractéristiques que nous avons tenu à bien préciser : âgés, sans relations avec un monde extérieur dont ils ont bien souvent perdu jusqu'à la notion, sans relations, ou à peu près, entre eux, sans activité, ils ont cessé le combat, ils ont rendu les armes, et ils sont seuls, terriblement seuls, totalement (ou c'est tout comme) abandonnés sur le plan affectif.

Eh bien nous croyons que ce qu'il faudrait avant tout, c'est qu'il se crée des liens affectifs entre ces vieilles dames abandonnées et ... mais qui ???

Nous ferons à ce sujet trois remarques :

. les stagiaires hospitaliers et kinésithérapeutes, ces derniers ayant une situation privilégiée par un contact corporel direct, pourraient si on les y incitait, apprendre à parler aux vieilles gens ; leur parler avec cette voix douce, amicale et persuasive dont ils n'ont plus entendu le son depuis ... depuis combien de temps, au fait ?

Mais il faudrait aussi leur dire que, chez ces vieilles personnes parler c'est aussi, et même surtout ... *écouter*.

Ce n'est pas tout de prendre une tension ou de masser un quadriceps, il y a aussi la manière de le faire !

De plus, cette relation entre stagiaire et malade ne devrait pas s'arrêter avec la fin du stage ; il devrait être possible que le remplaçant, venu quelque temps à l'avance dans ce but, puisse prendre le relai de façon progressive, afin que l'ancien stagiaire se dégageant peu à peu, et le nouveau s'engageant peu à peu, le vieillard garde la sensation d'un courant affectif permanent.

. Les kinésithérapeutes en place, qui ont très bien ressenti ce problème, consacrent le plus de temps possible à écouter leurs malades et à parler avec eux.

Nous allons citer un cas bien précis :

Une vieille femme de 96 ans, arrivée depuis un an environ à Haut-Lévêque, avait cessé peu à peu, à force d'ennui, de marcher, et ceci, sans cause médicale précise. Cette vieille dame était (et est toujours) très bavarde, mais, qui prenait la peine et le temps de l'écouter ?

Un kinésithérapeute la prit un jour en charge, il la fit conduire en salle de kinésithérapie, la fit mettre debout entre deux barres parallèles, permettant à notre malade de se sentir en sécurité et il lui demanda de marcher tandis qu'il écoutait les histoires de la brave femme.

Cette vieille personne n'a probablement jamais entendu parler de kinésithérapie. Personne ne lui a jamais dit qu'elle était rééduquée (ou plutôt dans ce cas : stimulée) à la marche ... et pourtant, grâce à la possibilité de rencontrer tous les jours quelqu'un qui l'écoute et qui lui

parle, elle marche un quart d'heure ou vingt minutes par séance ! Mais au fait, s'est-elle jamais demandé pourquoi de temps à autre, son "ami" lui disait : "allons, mademoiselle P..., encore quelques pas" !

Si ce type de thérapeutique avait pu être appliqué plus tôt, combien de malades, aujourd'hui grabataires, seraient encore debout ? Mais encore eut-il fallu qu'il y eut des kinésithérapeutes en nombre suffisant, et de plus, encore eut-il fallu qu'ils eussent été sensibilisés durant leurs études aux problèmes particuliers des vieillards.

Mais ne revenons pas sur le passé, et souhaitons que soient nommés plusieurs kinésithérapeutes supplémentaires afin qu'ils puissent effectuer le plus souvent possible une kinésithérapie préventive et non plus seulement curative ; souhaitons aussi qu'ils apprennent à quel point, surtout en hospice, un vieillard a besoin, à défaut d'affection véritable, d'avoir l'impression que quelqu'un s'intéresse à lui, l'écoute, et le prend en considération.

. Le personnel soignant ne pourrait-il pas être lui aussi sensibilisé et instruit dans cette voie ? Nous allons sûrement être un peu sévère dans les lignes qui vont suivre, et pourtant, cela nous paraît nécessaire :

Il est incontestable que, si certains (e) employés (e) font des efforts pour être le plus attentionnés (e) possible, eu égard aux impératifs d'horaire et à l'ampleur des tâches, ce n'est malheureusement pas le cas de tous ! Peut-on le leur reprocher ? Nous ne le croyons pas car aucun (e) d'entre eux (elles) n'a reçu la moindre formation orientée vers les problèmes des personnes dont ils ont la charge.

Sur soixante-dix, trente-neuf n'ont aucune formation !!! trente et un ont le diplôme d'aide-soignant (e), mais, cela suffit-il pour "apprendre" les vieux ? pour savoir leur parler, pour savoir les entourer d'égards, pour savoir les écouter, les rassurer, les gronder au besoin, mais toujours avec tact et mesure ? Cela suffit-il pour comprendre leur détresse ? Nous ne le pensons pas.

Par décence, nous ne citerons pas d'exemple précis, mais nous allons malgré tout essayer d'illustrer notre pensée :

- le tutoiement n'est pas toujours défavorable, au contraire, encore faut-il savoir en user avec discernement !

- un petit mot gentil en servant le repas n'est pas indispensable, certes, mais combien de vieilles dames auraient trouvé la soupe meilleure si elle avait été servie avec délicatesse et attention ?

- est-il bien nécessaire de parler en termes intranscriptibes à la malheureuse qui vient de souiller son lit ? (cas extrême, c'est vrai, mais vécu néanmoins).

- ne peut-on pas dire : "alors, madame X... on n'a pas beaucoup mangé à midi", plutôt que : "alors, mami, t'as rien bouffé !" (sic !).

  Dans le premier cas c'est une marque d'intérêt, dans l'autre, une sanction sans appel. La différence est minime pour l'agent hospitalier, énorme pour le vieillard.

Bien sûr, tout cela est en partie une question d'éthique personnelle et, heureusement, une telle attitude n'est pas le fait de tous ; mais cela se voit, nous l'avons vu, nous n'hésitons pas à le dire.

Au lieu de faire une toilette à deux et en parlant entre soi, ne serait-il pas préférable de parler avec la malade ? La tourner d'un côté à l'autre, avec ménagements certes, mais sans plus de chaleur humaine que l'on en mettrait à manipuler une potiche en faïence est-il suffisant ?

Nous sommes persuadé que, toutes choses égales en tant que travail, ces "petits détails" accumulés amélioreraient considérablement le sort des pensionnaires. Leur acquisition est simple, leur mise en pratique aisée, et leur application ne serait-elle pas l'occasion d'avoir la satisfaction d'avoir fait un peu plus que son devoir ?

Si certains (e) employés (e) nous lisent, qu'ils (elles) ne croient pas surtout, que nous faisons leur procès. Bien au contraire, nous sommes les premiers à reconnaître combien leur tâche est lourde, difficile et éprouvante tant physiquement que moralement.

Si nous sommes à ce point incisif, c'est uniquement dans l'espoir de les sensibiliser à des notions que trop souvent ils ignorent, ne serait-ce que parce que jamais on ne leur en a parlé !

Qu'ils se posent simplement la question suivante : si parmi les malades se trouvait leur propre grand-mère, auraient-ils envers elle la même attitude qu'envers les autres pensionnaires ?

3. DE LA PRISE EN CHARGE AFFECTIVE A LA STIMULATION.

Si nous nous sommes étendu sur le problème affectif, c'est parce que nous croyons qu'il sera possible par ce biais de stimuler le vieillard ; nous allons expliquer comment :

Nos vieilles pensionnaires ont maintenant un ou une "ami(e)" qui vient les voir tous les jours, qui les écoute, qui leur parle.

Petit à petit ce (ou cette) ami (e), à qui l'on tient d'autant plus que personne ne vous avait vraiment pris en considération depuis des mois (voire des années), devra introduire dans l'esprit du vieillard la notion de "faire plaisir" : "Ah ! Madame X..., il va falloir penser à me faire plaisir, il va falloir essayer de se lever".

Demande à laquelle il sera presque invariablement répondu : "Mais voyons, je suis trop vieille, je ne peux plus".

Cependant, peu à peu, il faudra tenter de se montrer déçu par ce refus, jusqu'au jour où l'on finira par obtenir la réponse suivante : "bon, écoutez, d'accord, mais c'est bien pour vous faire plaisir".

Quand ce désir de ne pas décevoir sera apparu, alors, le vieillard sera motivé à essayer de remarcher et la rééducation pourra être entreprise. On présentera le kinésithérapeute qui devra lui aussi devenir un "ami" Bien sûr cela fait très mal de mobiliser cette hanche, et cette douleur, jamais on ne l'aurait tolérée pour soi-même ; *mais c'est pour la personne qui vous a prise en considération que l'on souffre.* Marcher de nouveau ? On n'y croit toujours pas ! (du moins pas encore).

Parallèlement il faudrait aussi réintroduire dans l'univers du vieillard la notion d'occupation : "tricoter ??? vous n'y pensez pas ! Cela fait dix ans que je n'ai pas tenu une aiguille !". Et pourtant, toujours pour faire plaisir, dans le cadre de la relation affective, notre vieille dame finira par essayer de prendre des aiguilles (plus, sans doute, pour bien prouver qu'elle ne sait plus tricoter que pour dire d'essayer). Peu à peu, maille après maille, point après point, coup de crayon après coup de crayon, découpage après découpage, et dans le seul but de faire plaisir, la vieille dame va finir par s'apercevoir que, somme toute, elle arrive encore à coudre, à tricoter, à dessiner, bref, à faire quelque chose avec ses mains !

De même elle va prendre conscience de ce que ses jambes arrivent encore à la supporter !

Mais attention, rien n'est encore acquis. Il va falloir contrôler les progrès physiques et continuer à stimuler : "Comment, vous ne faites toujours que deux pas sans vous arrêter ?" et un beau jour, elle en fera trois !

Pour les petits travaux manuels, il faudra toujours être exigeant (bien sûr, sans exagération) : "vous ne m'avez fait que trois rangs de tricot, c'est bien ennuyeux, je comptais sur cinq !" Le lendemain, avec une peu de chance, il n'y aura peut-être pas cinq rangs, mais il y en aura trois et demi, ou quatre ...

C'est ainsi que, tout doucement, les capacités physiques et manuelles en permanence stimulées par l'affection que portera la vieille dame à la personne qui (enfin !) s'intéresse à elle, vont s'accroître.

Manuellement, et selon les possibilités de chacune, on pourra commencer à diversifier les travaux tout en insistant bien sur l'importance qu'ont ces petits ouvrages pour celui qui vous les demande : "il faut absolument que vous me terminiez cela pour demain, sinon, je ne vois vraiment pas comment je vais pouvoir me débrouiller !".

Physiquement, on pourra envisager d'accélérer la réadaptation à la marche, ou, si celle-ci se révèle véritablement irrécupérable, on pourra orienter vers le fauteuil roulant dont il faudra apprendre l'usage.

4. DE LA STIMULATION A L'ANIMATION : LA NOTION DE GROUPE.

Par l'affection, nous avons stimulé notre pensionnaire et elle commence à se déplacer et à "faire quelque chose". Il va être temps à présent de réaliser la dernière étape de notre démarche : transposer le lien affectif privilégié établi de la malade vers une personne, en un lien tout aussi solide, mais établi, cette fois, de la malade vers un groupe.

Pour ce faire, il faudra, bien entendu, agir avec autant de patience, de diplomatie, voire de ruse que pour les étapes précédentes.

Le but final sera d'intégrer la vieille dame dans le groupe et de lui attribuer une fonction dont elle ait (même à tort) l'impression qu'elle est tout aussi irremplaçable pour le dit groupe que l'étaient les trois mailles qu'on lui faisait faire au début, pour la personne qui les lui demandait.

Une fois l'intégration réalisée, la personne qui avait établi le premier contact pourra peu à peu s'estomper et ainsi se libérer pour prendre en charge une autre pensionnaire.

Mais, nous dira-t-on, tout ceci est bien beau, mais tout d'abord où sont ces groupes ? D'autre part, qui dit groupe, dit, presque implicitement, animateur (trice) ; où les trouvons-nous ?

Enfin, qui dit animation, dit matériel (du moins en général) ; où est ce matériel ?

Nous allons tenter d'apporter une réponse à ces questions :

a) Le matériel.

Il ne nous paraît pas insensé de demander que, chaque mois, chacun, à Haut-Lévêque, donne une somme modique. Nous entendons par chacun, tout le personnel de Haut Lévêque, étudiants inclus. Cela représente un peu plus de 200 personnes. Serait-il exagéré d'espérer recueillir ainsi mille francs par mois ?

D'autre part, qui n'a pas chez soi une vieille pelote de laine, un peu de fil, un dé, un crochet, une paire d'aiguilles à tricoter, des revues, de vieux livres, de vieux albums, quelques feuilles de papier, deux ou trois crayons de couleur, de vieux tissus, de vieux collants, des élastiques, de la ficelle, des images, des cartes postales, etc ... ?

Avec les sommes recueillies chaque mois, ne pourrait-on pas acheter quelques paires de ciseaux, de la colle, du papier collant, un peu d'osier, quelques tubes de peinture, des pinceaux, quelques albums à colorier, de la pâte à modeler, quelques livres très simples, et, pourquoi pas, un peu de farine, du sucre, du sel, de la levure, un livre de recettes, etc ... ?

Ces énumérations n'ayant, bien entendu, rien de limitatif.

b) *Les animateurs.*

Où les trouver ? Cela ne nous paraît pas être une difficulté insurmontable. Evidemment, l'idéal serait que soient nommés par l'administration autant d'animateurs que le besoin s'en ferait sentir, mais ne rêvons pas trop !

Notre tentative d'organisation d'un groupe de femmes autonomes nous a laissé espérer que nous pourrions libérer deux ou trois agents qui pourraient devenir animateurs. Comptons-en deux. Ajoutons la personne qui travaille comme bénévole, mais qui a toutes chances d'obtenir un poste officiel, cela fait trois, c'est peu.

Mais, - d'une part, deux stagiaires hospitaliers sont tous les jours de garde à Haut Lévêque ; ne pourraient ils pas s'occuper un peu d'animation l'après-midi ? - d'autre part, serait-ce trop demander que trois autres stagiaires qui seraient nourris gratuitement à midi, restent à titre d'animateurs de 14 à 17 heures, moyennant quoi ils seraient dispensés de stage la matinée suivante ?

Nous en sommes à huit.

c) *Le groupe.*

Il sera constitué de personnes à qui l'on donnera l'impression que la fonction de chacune est irremplaçable, à telle enseigne que l'absence éventuelle de l'une d'elles soit ressentie comme pouvant mettre en péril l'existence même du groupe.

Donc, on tentera d'associer au maximum des personnes effectuant des travaux complémentaires l'un de l'autre, à l'image d'un puzzle dont chacun détiendrait un morceau.

Nous allons illustrer notre pensée par trois exemples :

. imaginons que le but recherché soit de créer sur une grosse branche morte un ensemble décoratif fait de boules d'osier, de "fleurs" confectionnées avec de vieux bas et de "fleurs" réalisées avec des plumes.

L'animateur (trice) soumet le projet dont on discute. Il faut :

1- Choisir la branche
2- Confectionner des "fleurs" en plumes, on peut faire de grosses fleurs, des petites et des doubles
3- Confectionner des boules en osier : des petites, des moyennes et des grosses
4- Confectionner des fleurs avec de vieux bas
5- Il faut peindre les boules d'osier
6- Il faut fixer les éléments à la branche.

Avec un peu d'habileté, voilà de quoi attribuer selon les capacités de chacun, neuf occupations différentes :

. Fabriquer les petites boules d'osier
. Fabriquer les boules de moyenne taille
. Fabriquer les boules de grande taille
. Peindre les boules d'osier
. Fabriquer de petites fleurs en plume
. Fabriquer de grosses fleurs en plume
. Fabriquer des fleurs doubles en associant les 2 précédentes réalisations
. Fabriquer les fleurs en "collant"
. Fixer les éléments à la branche.

Il faudra toujours bien insister sur le fait que le résultat ne peut se concevoir que par l'association de *tous* les éléments ; *s'il en manquait un seul, l'ensemble serait compromis*.

Chacun ayant une des neuf tâches pré-citées, et en *étant "responsable", il sera davantage motivé, car sa défaillance mettrait l'ensemble de la réalisation en danger.*

- Imaginons maintenant que nous voulions réaliser une couverture faite de l'assemblage de morceaux de laine tricotés. Le but, c'est la couverture. Il suffira de confier à chaque individu la réalisation d'un morceau de forme, de dimensions et de couleur telles que *l'absence d'une pièce compromettrait la couverture entière.*

  Il sera aisé, de plus, de donner à tricoter à chacune un morceau dont la forme et la surface soient adaptées à sa propre habileté.

- Imaginons enfin que nous proposions de coller sur un grand panneau de carton des images de paquets de cigarettes variés, découpées sur des revues. Chacune va avoir la responsabilité de feuilleter les revues pour rechercher *telle marque* de cigarettes.

  Ainsi, chaque participante aura eu un travail *"irremplaçable"* : c'est elle qui recherchait telle marque, et sans son travail à elle, l'ensemble ne serait pas complet !

Avec un peu d'imagination, on peut, ainsi, multiplier les exemples, chacune ayant une responsabilité bien définie que l'on s'efforcera au maximum de lui faire ressentir comme indispensable à la réalisation du tout. Bien entendu cette responsabilité devra être adaptée aux possibilités de chaque malade, et il n'est pas exclu que peu à peu, ces possibilités aillent en croissant et en se diversifiant ; c'est même un des résultats à atteindre, car, plus le vieillard accroîtra et diversifiera ses aptitudes, et plus son horizon, donc son univers, s'élargira.

Plus son univers deviendra vaste, et plus nous aurons réussi à redonner au vieillard de raisons de vivre, et c'est bien justement à cela que nous voulions parvenir.

Certains regretteront peut-être de ne pas avoir trouvé en toutes lettres le terme d'ergothérapie. Et pourtant, ce terme n'est-il pas inscrit en filigrane dans tout ce chapitre ? Encore pensons-nous que la prise en charge affective ne soit pas du cadre de l'ergothérapie, mais, plutôt le moyen d'y conduire "en douceur" le vieillard.

C O N C L U S I O N S

Nous voici parvenu au terme d'une étude dans laquelle nous nous sommes attachés à tenter de mieux connaître le pensionnaire de Haut Lévêque.

Nous ne prétendons pas y avoir réussi, ni même avoir fait oeuvre utile ; c'est à nos Maîtres d'en juger.

Nous avons rassemblé un certain nombre de données et, en les réunissant, nous avons pu ressentir (dans le sens affectif du terme) combien grande était la détresse de ces vieilles gens.

A force de les voir désoeuvrés, isolés, abandonnés, en un mot MALHEUREUX, nous avons essayé d'imaginer une solution pour un certain nombre d'entre eux.

Pourquoi un certain nombre ? Tout d'abord parce qu'il nous est apparu que les hommes, dans leur majorité, non seulement se contentaient assez aisément de leur sort, mais encore s'y complaisaient ; solitaires de toujours pour la plupart, ils ne sont ni en mal d'affection, ni en mal d'occupations; ensuite parce que certaines femmes sont dans un tel état de déchéance physique et mentale ou même simplement mentale, que tout contact demeure vain.

Sont donc concernées : les femmes encore valides et à intellect à peu près conservé, et les femmes invalides possédant encore un minimum de possibilités que nous avons essayé de leur faire redécouvrir.

Cette solution vaut ce qu'elle vaut mais elle a au moins un avantage : elle ne fait appel qu'à des moyens simples, facilement accessibles et n'exigeant pas, a priori, de mettre à contribution une administration dont les charges sans cesse croissantes l'empêchent trop souvent de se pencher sur des problèmes "internes" mais dont grande cependant est l'importance "humaine".

Puissent nos quelques idées en faire naître d'autres, plus valables, et s'il advenait qu'un jour nous apprenions qu'un vieillard, un seul, ait pu, grâce ou par l'intermédiaire de notre travail, retrouver le sourire, ce sourire, à lui seul, nous récompenserait largement.

APPENDICE

1 - Certains regretteront probablement que ne soit pas abordé le problème de la sexualité.Nous pensons que ce problème existe, du moins chez les hommes, et probablement plus ou moins chez les femmes. Cependant, pour aborder ce sujet et tenter de définir son incidence,il faudrait pouvoir réaliser une étude patiente de la psychologie de chacun, d'autant que les générations en cause ne sont pas celles qui avaient 18 ans en 1968 ! On pense peut-être (et même probablement) au sexe, mais, quand nous avons tenté d'aborder la question, les hommes sont devenus grivois ou se sont dérobés ; les femmes ont rougi , ou n'ont pas compris (ou ont fait semblant de ne pas comprendre).

Bref, à elle seule, la sexualité chez nos pensionnaires pourrait faire l'objet d'une thèse,non pas tant par son importance pratique, mais eu égard, surtout , aux énormes difficultés auxquelles on se heurte dès que l'on essaye d'aborder le problème.

2 - Bien que sortant du cadre de cette étude, il nous semble utile de préciser certain point pratique :

.Le coût réel du malade est souvent sans communes mesures avec les sommes qui sont allouées. Trop de soi-disant "pensionnaires" sont des malades, nécessitant des soins, des examens biologiques, radiologiques, et des traitements parfois de très longue haleine. L'image du vieillard grabataire, abandonné à son sort, image que l'on se fait généralement des "hospices" est totalement dépassée et ce n'est qu'à force d'expérience que l'on pourra continuer d'améliorer la médecine gériatrique. Or finalement, l'expérience acquise dans des centres comme le nôtre ne contribue-t-elle pas à explorer sans cesse plus avant les problèmes médicaux de la vieillesse, et de ce fait, à proposer des thérapeutiques toujours plus appropriées, et dont bénéficie , finalement , l'ensemble de la population ? Ne perdons pas de vue que si, souvent, l'accident n'arrive qu'aux autres, le vieillissement lui nous atteint *tous*, et notre vieillesse de

demain ne sera jamais que celle que nous nous préparons aujourd'hui, aussi serait-il plus que temps d'en finir avec la politique de l'autruche, voire celle du "cocotier" !

Il est aisé de donner quelques exemples :

- Il n'existe pas d'ambulance attachée à notre centre, aussi est-il fait appel à des ambulances privées, ce qui revient fort cher, vu le nombre de déplacements effectués.
- Il est toujours d'une grande difficulté d'obtenir le moindre crédit ; le moindre matériel met souvent des semaines avant d'être obtenu, à cause de la complexité des rouages administratifs.
- Il existe à Haut-Lévêque un bon appareillage de radiologie, mais aucune manipulatrice depuis des mois ... ; de plus les vacations de radiologie ayant été supprimées, l'appareil ne fonctionne que grâce à la bonne volonté de ceux qui veulent bien s'en occuper.
- Certain laboratoire fit don, un jour, d'un réfrigérateur. Mais qui dit réfrigérateur dit prise de courant, voilà l'affaire ! Nous passerons sur les détails administratifs "indispensables" pour la pose d'une simple prise de courant électrique ; COURTELINE lui-même en serait ébahi !

Nous n'insisterons pas davantage ; souhaitons simplement que le bon sens finisse par l'emporter afin que des conditions de travail acceptables permettent d'améliorer une situation qui, sans être absolument désastreuse, n'en est pas moins navrante.

3- Nous tenons à rendre hommage à l'initiative de Monsieur le Professeur CHOUSSAT qui a créé une société type 1901 dont les statuts ont été déposés le 8/10/74 et qui a été inscrite au journal officiel du 23/10/74, page 10843.

Cette société dénommée "Les Amis des personnes âgées" a pour but d'améliorer la qualité de la vie des gens âgés, dans le cadre de l'hôpital, mais aussi en général.

Son financement est assuré par les adhérents d'une part, et aussi (et surtout) par la plus grande partie des honoraires que versent les laboratoires pour les essais thérapeutiques et les expertises cliniques.

Ainsi commencent à être mis en oeuvre des moyens qui permettent de venir pallier l'effort que ne fait pas, ou ne peut faire, ou fait trop lentement une administration toujours lente, souvent tatillonne.

Souhaitons que cette société compte rapidement de nombreux adhérents afin que son impact soit le plus large possible, mais déplorons qu'il soit nécessaire d'en arriver à l'initiative privée et au bon coeur de quelques uns quand il s'agit d'essayer d'assurer, non pas le superflu, mais le minimum décent à ceux qui comptent parmi les plus déshérités de la population française.

Que ceux qui ont la charge de notre société veuillent bien se pencher sur cette admirable initiative. Puisse-t-elle leur faire mesurer à quel point il est urgent d'agir, et d'agir vite.

Editions BERGERET 73, rue Leyteire 33000 BORDEAUX
Tél. (56) 91.12.59

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'UNIVERSITE DE BORDEAUX II :
H. BRICAUD

Vu, bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
H. CHOUSSAT

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 11 mars 1975
Le Chancelier des Universités :
R. PAULIAN